

این شماره با همکاری: مرکز تمقیقات تغذیه شیر مادر (دانشگاه علوم پزشکی تهران)

Breast Feeding
تغذیه با شیر مادر

در این شماره میخوانید:

- چرا میزان شیردهی در ایران کاهش یافته است ؟
- بررسی فراوانی امتناع شیرخوار از تغذیه با شیرمادر وعلل آن در شیرخواران
- رابطه اسلام با شیر مادر

به نام خدا

صفحه	عنوان
۳	سخن سردبیر
۴	اسلام و شیردهی
۵	چرا میزان شیردهی در ایران کاهش یافته است؟ (یک مطالعه کیفی)
۲۳	بررسی فراوانی امتناع شیرخوار از تغذیه با شیرمادر و علل آن در شیرخواران ۶ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شرق تهران
۲۶	بررسی رابطه تغذیه انحصاری با شیر مادر و کم خونی فقر آهن در شیر خواران ۹-۶ ماهه استان گیلان در سال ۱۳۹۲
	بررسی فراوانی تغذیه با شیر مادر و عوامل موثر بر آن در شیر خواران

کلید سلامت

شماره شاپا: ۶۰۱۸-۲۲۵۱

سال ششم- شماره ۶۱
مرداد ۱۳۹۴

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر کامران باقری لنکرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

سردبیر:

دکتر احمد کلاته ساداتی

اعضای هیأت تحریریه:

دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر سولماز قهرمانی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

طراحی و صفحه آرایی:

فرحناز ایزدی

همکاران این شماره: دکتر فاطمه نیری، دکتر حسین دلیری، دکترها افشاریان، دکتر مامک شریعت، نسرین عابدی نیا، سیما مرادی، نسرین شاه محمدیان، مونا آذین فر

سخن نخست

میزان تغذیه منحصر به فرد با شیر مادر حداقل تا پایان ۶ ماهگی در سراسر جهان متفاوت و بین ۱-۸۹ درصد است. یکی از شایعترین علل قطع شیردهی در زنان بازگشت به کار است. در آماري که در سال ۲۰۱۰ منتشر شد ۷۵ درصد مادران شیردهی را شروع، ۵۰ درصد تا ۶ ماه ادامه و ۲۵ درصد تا ۱ سال آن را ادامه دادند. امروزه بسیاری از زنان در ایران و سایر نقاط جهان شاغل هستند و مجبورند علاوه بر نقش مادری برای رسیدن به استانداردهای بهتر زندگی در بیرون از منازل کار کنند.

طبق آمار بانک جهانی سهم زنان در نیروی کار بین سال های ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۹ در آمریکا از ۳۲ درصد به ۴۶ درصد افزایش یافته است. این آمار در کانادا از ۲۵ درصد به ۴۷ درصد، در آمریکای لاتین از ۲۱ درصد به ۴۱ درصد و در کشورهای شمال آفریقا و خاورمیانه از ۲۱ درصد به ۲۵ درصد افزایش یافته است. با این حساب ما برای حمایت هر چه بیشتر از تغذیه با شیر مادر نیاز به یکسری عناصر حمایتی داریم. اولین عنصر خود مادر است، پس از آن خانواده و شبکه اجتماعی خصوصاً همسران می باشند که می توانند اعتماد به نفس در توانایی مادر برای شیردهی را افزایش دهند. از سویی دیگر سیستم مراقبت بهداشتی نیز باید به وظایف خود در این زمینه به خوبی عمل کند.

برای مثال مراقبت های حین زایمان و پس از آن و مشاوره و آموزش شیردهی که باعث تغذیه مطلوب شیر مادر می شود. یکی دیگر از عناصر مهم حمایتی دولت و قوانین مصوب آن در رابطه با کار و اشتغال زنان در دوران شیردهی می باشد.

در این زمینه قوانین مربوط به محیط کار و اشتغال مناسب جهت ادامه تغذیه با شیرمادر در محل کار و همچنین مرخصی های روزانه و ساعتی جهت شیردهی بعد از زایمان کمک شایانی به شروع و ادامه شیردهی مادران شاغل می کند و باید برای زنان شاغل حداقل ۱۸ هفته مرخصی زایمان در نظر گرفته شود. امید است با افزایش سطح آگاهی جامعه و بهبود شرایط اجتماعی و شغلی حمایت کننده از مادران شیرده، روزی کشور ما صدرنشین میزان شیردهی کودکان زیر یکسال و زیر ۲ سال باشد.

شیر مادر نه تنها به عنوان منبع انحصاری تغذیه نوزادان در شش ماه اول زندگی وی می باشد بلکه با شروع غذای کمکی بعد از شش ماهگی نیز همچنان یکی از منابع اصلی تامین نیازهای کودک می باشد. اثرات شیر مادر بر سلامتی و دوام آن در نوزاد بر کسی پوشیده نیست و نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می شوند نسبت به کودکانی که شیر خشک می خورند بهتر رشد کرده و کمتر بیمار می شوند و مرگ و میر کمتری هم دارند. همچنین فواید زیادی از جهت جسمی و روحی برای مادر هم دارد.

شیر مادر باعث بهبود عملکرد دستگاه گوارش نوزاد از طریق تحریک رشد و حرکت در این دستگاه و تسریع در تکامل آن می شود. همچنین شیر مادر محتوی یکسری ترکیبات آنتی میکروبیال مثل Ig A سرم جهت مقابله با میکروب ها میباشد. از سوی دیگر باعث کاهش بیماری های حاد مثل بیماری های تنفسی، عفونت گوش میانی، عفونت دستگاه ادراری و گاستروانتریت می شود. همچنین خطر بیماری های مزمن نظیر چاقی، بعضی از انواع سرطان ها و بیماری های قلبی - عروقی را کاهش می دهد. یکی دیگر از مزایای شیر مادر که آشنایی کمتری با آن در سطح جامعه وجود دارد توسعه و تکامل سیستم عصبی است. فواید شیردهی برای مادر هم در طول مدت شیردهی و هم بعد از آن در طولانی مدت خود را نشان می دهد.

در طول شیردهی باعث جمع شدن سریعتر رحم بعد از ختم حاملگی و کاهش خونریزی بعد از آن، کاهش وزن افزایش یافته در دوران بارداری، طولانی کردن دوره عدم تخمک گذاری و در نتیجه جلوگیری از حاملگی زودرس و کاهش استرس و اضطراب در مادر می شود. در طولانی مدت کاهش ریسک سرطانهای تخمدان و پستان و کاهش خطر استئوپروز و همچنین کاهش خطر بیماری های قلبی - عروقی، دیابت، افزایش چربی خون و فشارخون از فواید تغذیه با شیر مادر است. جنبه دیگر از شیردهی مادر، فواید اجتماعی اقتصادی آن است که از طریق کاهش بیماری های ذکر شده باعث کاهش هزینه های خانواده و هزینه های تحمیلی بر سیستم بهداشتی بدست می آید و بالاخره باعث کاهش مورتابلیتی در نوزادان می شود.

دکتر فاطمه نیری

رئیس مرکز تحقیقات تغذیه با شیر مادر

اسلام و شیر دهی

نویسنده: دکترها افشاریانی

شیر مادر با ارزش ترین هدیه ای است که می تواند به شیر خوار خود بدهد. در هنگام عفونت و یا بیماری می تواند یک هدیه نجات بخش باشد و حیات را برای وی به ارمغان آورد و در زمان فقر می تواند تنها هدیه مادر به شیر خوار خود باشد. بی شک بهترین تغذیه برای نوزاد و شیر خوار « شیر مادر» می باشد زیرا تنها غذایی است که مواد مغذی مورد نیاز کودک در ۶ ماه اول تولد را تأمین می کند.

ابو علی سینا شیر مادر را خون سفید خوانده است و اگر شیر مادران را خون سفید و پستان او را جفت بعد از تولد بنامیم سخنی به گزاف نگفته ایم.

در دین مبین اسلام نیز تأکید زیادی بر شیر دهی شده است. قرآن کریم توصیه می کند که مادر با ید کودک خود را تا ۲ سالگی شیر بدهد.

(سوره مبارکه بقره: آیه شریفه ۲۳۳) و اگر نیاز به قطع شیردهی قبل از ۲۴ ماه باشد، پدر و مادر هر دو باید موافقت کنند.

در حدیثی از پیامبر (ص) داریم که برای مادر در ازا هر قطره شیری که به فرزند خود می دهد ثواب و پاداشی است. در قرآن کریم در سوره مبارکه بقره آیه شریفه ۲۳۳ داریم که اگر مادر قادر به شیر دادن نباشد، او و پدر شیر خوار می توانند با توافق طرفین اجازه دهند که دایه به کودک شیر دهد، که این امر نشان می دهد که در اسلام شیر انسان بر شیر حیوانات برای تغذیه شیر خوار رجحیت دارد.

حضرت محمد(ص) مسلمانان را آموزش می دادند تا کودکان خود را از نوشیدن شیر زنان گناهکار محافظت کنند و شیر آنها را آلوده می خواندند، بدین ترتیب احتمال انتقال عفونت از

طریق شیر مادر از زمان های بسیار قدیم، قبل از تحقیقات امروزی و علم ویروس شناسی در اسلام شناخته شده بود.

کودکانی که به شکل متوالی از پستان یک زن شیرده تغذیه کنند خواهر و برادر (خواهر و برادر رضاعی) تلقی شده و در نتیجه ازدواج در بین آنها ممنوع می باشد.

(سوره مبارکه نساء آیه شریفه ۲۳). پیامبر اکرم (ص) خود نیز به مدت ۲ سال توسط دایه تغذیه شدند.

در دین مبین اسلام پدر وظیفه دارد که همسر خود را در هر شرایطی که شیر دهی را تحت تأثیر قرار می دهد حمایت کند و در صورت بروز طلاق باید شرایط زندگی و مالی مناسب را در طول دوره شیر دهی برای مادر و کودک فراهم نماید. (سوره مبارکه طلاق آیه شریفه ۶).

ارتباط تغذیه با شیر مادر و کاهش خطر ابتلا به سرطان خون در دوران کودکی

نویسنده: جنی والن

ویراستار: دیوید فیرچایلد و جی الیزابت هفنز
ترجمه: سارا صدیقی

بر اساس یک متاآنالیز در کودکان، شیر مادر علاوه بر مزایای تغذیه ای، با کاهش خطر ابتلا به سرطان خون در دوران کودکی همراه است. محققان با آنالیز ۱۸ مطالعه موردی-شاهدی ارتباط بین تغذیه با شیر مادر و سرطان خون را مورد بررسی قرار دادند. این مطالعات شامل حدود ۱۰،۰۰۰ مورد مبتلا به سرطان خون و ۱۸۰۰۰ کودک غیر مبتلا می باشند. شیردهی به مدت ۶ ماه یا بیشتر،

با کاهش ۱۹ درصدی خطر ابتلا به سرطان خون در دوران کودکی همراه است. مطالعات حاکی از آن است که خطر ابتلا به سرطان خون در کودکانی که برای مدتی تحت تغذیه شیر مادر بودند، تا ۱۱٪ کاهش یافته است.

نویسندگان بر این باورند که همانند pH در معده نوزادان شیرخوار، آنتی بادی ها، لاکتوفرین، الیگوساکاریدها، و یا سلول های بنیادی موجود در

شیر مادر می تواند به یک عامل حفاظتی عمل کند.

از این مطالعات می توان نتیجه گرفت تغذیه با شیر مادر به مدت ۶ ماه یا بیشتر که یک روش کم هزینه و در دسترس می باشد، می تواند از ۱۹-۱۴ درصد خطر ابتلا به سرطان خون در کودکان جلوگیری کند.

چرا میزان شیردهی در ایران کاهش یافته است؟ یک مطالعه کیفی

مامک شریعت * ، نسرین عابدی نیا ** ، فاطمه نیری *** ، حسین دلیری **** ، سیما مرادی ***** ، نسرین شاه محمدیان *****
* استادیار، گروه آموزشی کودکان، متخصص بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، بیمارستان ولی عصر (عج)، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
** دانشجوی دکتری تخصصی پژوهش، روان شناس بالینی، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، بیمارستان ولی عصر (عج)، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. (نویسنده مسئول). Nasrin.Abedinia@yahoo.com
*** دانشیار، گروه آموزشی کودکان، فوق تخصص کودکان، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، بیمارستان ولی عصر (عج)، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
**** استادیار، گروه آموزشی کودکان، فوق تخصص کودکان، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز تحقیقات شیرمادر، بیمارستان ولی عصر (عج)، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
***** کارشناس مامایی، آموزش و مشاوره شیردهی، بیمارستان ولی عصر (عج)، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
***** کارشناس مامایی، آموزش و مشاوره شیردهی، بیمارستان ولی عصر (عج)، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

چکیده:

زمینه و هدف: تغذیه کودک پس از تولد و سال های اول زندگی باعث کاهش میزان مرگ و میر نوزادان در کشورهای در حال توسعه می گردد. این پژوهش یک مطالعه کیفی است که با هدف شناسایی موانع و ارائه راهکارهایی به منظور ترویج، تشویق استفاده از تجربیات و ادراکات مادران شیرده در طول یک سال انجام گرفت. روش بررسی: با استفاده از روش بحث گروهی متمرکز نظرات ۵۱ مادر در بیمارستان ولی عصر (عج) واقع در مجتمع بیمارستانی امام خمینی و در دو مرکز بهداشت در تهران بررسی شد سپس ۲۶ مادر با استفاده از روش مصاحبه فردی عمقی یک سال یا تا زمان قطع شیردهی پیگیری شدند. یافته ها: مهمترین موانع شیردهی آموزش و انتقال مهارت شیردهی، رفتار پرسنل بیمارستان با مادران، عدم توجه پزشکان متخصص به مقوله شیردهی، استرس روانی مادران، وضعیت نوک سینه، ناکافی بودن شیر مادر، شغل بودن، زایمان سزارین، بیماری مادر و کودک، عدم آگاهی و دانش شیردهی، عدم حمایت کافی از سوی متخصصان و یا نبود سیستم حمایتی یا مشاوره ای شیردهی را می توان ذکر کرد. نتیجه گیری: استراتژی کشوری برای مداخله زود هنگام برای افزایش آگاهی دختران جوان، ارائه خدماتی همچون مرخصی زایمان طولانی،

امکانات مراقبت روزانه در محل کار، تماس ویژه، مراکز مشاوره شیردهی شبانه روزی، آموزش کادر درمانی در حمایت از شیردهی می تواند تاثیر مثبت بر شیردهی و تداوم آن داشته باشد. تحقیقات بیشتری برای ارزیابی اثربخشی مداخلات پیشنهادی با توجه به بافت جمعیتی کشورمان مورد نیاز است. کلمات کلیدی: شیر مادر، مطالعه کیفی

مقدمه:

شیردهی یک سنجش ارزشمند و موثر سلامت عمومی است که بطور معنی داری با میزان مرگ و میر نوزادان در کشورهای در حال توسعه ارتباط دارد (۱-۲) شیردهی با کاهش احتمال ریسک عفونت در نوزادان، آلرژی پوستی یا آتوپیک (Atopic dermatitis)، آسم، چاقی، دیابت، سرطان خون دوران کودکی (Childhood leukemia)، سندرم مرگ ناگهانی نوزادان (Sudden infant death syndrome)، اینتروکولیت نکروران (enterocolitis) و با افزایش بهره هوشی و عملکرد کلامی در سن شش سال و شش ماه ارتباط دارد (۳-۵). با توجه به اینکه چهار هفته اول عمر مهم ترین و حساس ترین دوران زندگی نوزاد است، مهمترین عامل در جلوگیری از مرگ و میر نوزادان، تغذیه با شیر مادر است. تغذیه با شیر مادر از بدو تولد و به صورت مستمر باعث کاهش ۷ الی ۸ میلیونی

مرگ و میر نوزادان در سنین بین یک تا پنج سالگی که اوج مرگ و میر در نوزادان است می شود. اگر شیر دهی کودک در این دوران به درستی و به صورت منظمی انجام گیرد در کل جهان میزان مرگ و میر نوزادان تا حدود یک و نیم میلیون نفر کاهش پیدا خواهد کرد (۶). مطالعات نشان می دهد که برخی از علل میزان مرگ و میر نوزادان در ماههای اولیه مربوط به تغذیه نامناسب، فقر غذایی و وضعیت سلامت مادر- نوزاد می باشد (۷) همچنین مطالعاتی که در کشورهای در حال توسعه توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) انجام گرفته است نتایج نشان می دهد که میزان شیردهی در مقایسه با شروع زمان شیردهی در طول زمان کاهش می یابد و این میزان بین ۶۳/۸٪ و ۹۶٪ متغیر می باشد. شیردهی انحصاری در نوزادان کمتر از یک ماه ۵۸/۳٪ و در کودکان شش ماهه از ۴/۱٪ تا ۱۰/۱٪ گزارش شده است، فقط ۲۷/۱٪ از کودکان یک ساله تغذیه با شیر مادر را ادامه داده بودند (۸-۱۳). شیرمادر نه تنها در تامین سلامت جسمی و روانی شیرخوار ارزش و اهمیت فوق العاده ای دارد بلکه برای سلامت جسمی و روانی مادری که شیر می دهد نیز مهم است. رابطه مادر و فرزند ناشی از شیردهی فرصتی با ارزش و استثنایی است زیرا مادرانی که شیر می دهند

علاوه بر اینکه کمتر به سرطان پستان و تخمدان، استئوپوروز، آرتریت روماتوئید و کم‌خونی بعد از زایمان، مبتلا می‌شوند، دیابت نوع ۲، اضطراب، استرس، افسردگی پس از زایمان، خستگی و واپس‌گرایی نیز در آنها کمتر است (۳).

سازمان بهداشت جهانی توصیه کرده که نوزادان تا شش ماه اول زندگی فقط از شیر مادر استفاده کنند. در همین رابطه مطالعات نشان می‌دهد رابطه میان شیردهی و افسردگی پس از زایمان دو طرفه است یعنی شیردهی باعث کاهش افسردگی مادر و افسردگی مادر باعث قطع شیردهی می‌شود (۱۴-۱۶).

افسردگی پس از زایمان در مادرانی که از شیر خود، کودکانشان را تغذیه می‌کنند شیوع کمتری دارد و این از لحاظ سیستم مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک از اهمیت بسیاری برخوردار است به این دلیل که وقتی مادری علایم افسردگی را دارد سعی می‌کند افسردگی خود را به موقع درمان کند تا کمترین تاثیر را بر شیردهی بگذارد و برعکس وقتی که مادری را می‌بینیم تصمیم به قطع شیردهی دارد از لحاظ افسردگی مورد بررسی قرار می‌گیرد. شایعترین علل عدم شیردهی در مادران احساس نا کافی بودن شیرمی باشد که خود می‌تواند یک نوع شناخت منفی مربوط به علایم افسردگی باشد (۱۷-۲۰).

تماس پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر ظرف ساعات اولیه در رشد نوزاد موثر است. اما به نظر می‌رسد در هیاهوی تبلیغات فراوان برای شیر مادر، بهداشت روان مادر شیرده به دست فراموشی سپرده شده است. مادر بلافاصله پس از تولد تلاش می‌کند با کودک خود ارتباط برقرار کند و وظیفه مادری خود را به انجام برساند. اما گره زدن شیردهی با کفایت مادری می‌تواند علاوه بر تاثیر گذاشتن روی اعتماد به نفس مادر، توانایی او را در پرورش کودک هم از نظر جسمی و هم از نظر روحی تحلیل ببرد. وقتی بهداشت روان مادر در امر شیردهی لحاظ نشود، به سلامت روان نوزاد لطمه می‌خورد چه مادر قادر به شیردادن باشد چه نباشد. بسیاری از مادران پس از تولد

فرزندشان تحت فشار دائمی هستند و از سوی اطرافیان متهم می‌شوند که شیر خوبی ندارند، خوب شیردهی نمی‌کنند یا اگر نتوانند شیر دهند به بی‌کفایتی متهم می‌شوند. این طرز تلقی احساس گناهی را به مادران منتقل می‌کند که تاثیر آن سلامت روان آن‌ها را به شدت تهدید می‌کند. برخی مادران به علل روحی-روانی و علل فیزیولوژیک نمی‌توانند شیر دهند و لازم است علت اصلی آن توسط پزشک یا متخصص مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین نباید نوع رفتار مادر و پاسخ منفی او به شیردهی را با واکنش تند پاسخ داد. بهتر است استرس به مادر وارد نکنیم و تلاش کنیم علت تمایل نداشتن او به شیردهی را دریابیم. لازم است اطلاعات مادر را قبل از تولد نوزاد درباره فواید شیردهی بالا ببریم و تصورات اشتباهی را که درباره تاثیر شیردهی بر تناسب اندام و دیگر مسائل دارد را برطرف نماییم (۲۱-۲۲).

طبق گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران کمتر از یک سوم و به عبارتی تنها ۲۸٪ از نوزادان زیر شش ماه ایران از تغذیه انحصاری با شیر مادر بهره‌مند بوده‌اند. در سال‌های اخیر شاخص‌های مربوط به تغذیه با شیر مادر در ایران افت شدیدی داشته است و کاهش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر به نسبت نامطلوبی ادامه دارد (۲۳).

نداشتن اطلاعات جامع و مفید خصوصاً در سال‌های اخیر در مورد عوامل کاهنده در شیردهی مادران به نوزادانشان نیاز به مطالعات دقیق دارد. بدین منظور ما در این بررسی با مطالعه کیفی و طولانی مدت به درک و فهم تجارب و احساسات مادران از شیردهی اطلاعات لازم را بدست آوردیم. این مطالعه با یک مجموعه مصاحبه در طول یک سال انجام گرفت. امید است با شناسایی عواملی که منجر به کاهش انگیزه شیردهی شد اقدامات لازم در جهت رفع مشکلات مادران صورت گیرد.

روش بررسی:

طراحی: این پژوهش یک مطالعه کیفی است که با روش بحث گروهی متمرکز و مصاحبه فردی عمیق به منظور درک و فهم احساسات و تجارب

شیردهی در مادران انجام گرفت. مکان: نمونه‌ها از بخش زنان و زایمان بیمارستان ولی عصر (عج) واقع در مجتمع بیمارستانی امام خمینی، مرکز بهداشت شهر ری افسریه و مرکز بهداشت جنوب غرب تهران (اکبرآباد) انتخاب شدند.

مشارکت کنندگان: نمونه‌گیری از بیمارستان ولی عصر (عج) و مراکز بهداشتی در طی شش ماه (از اسفند ۱۳۹۱ تا شهریور ۱۳۹۲) با روش در دسترس بودن نمونه‌ها انتخاب شدند. نمونه‌ها از مادرانی که برای زایمان به بخش زنان و زایمان مراجعه کرده بودند، معرفی شدند. این مادران توسط کارکنان بخش که قبلاً در مورد نحوه اجرای طرح اطلاعات لازم به آنها داده شده بود به مجریان پژوهش معرفی شدند. این کارکنان به مادران در مورد اهداف طرح آگاهی لازم را داده و در صورت تمایل به حضور در مطالعه برای مصاحبه و بحث‌های گروهی به مجری پژوهش ارجاع داده شدند. زمان مراجعه مادران تقریباً هفت روز پس از زایمان که جهت کنترل زردی نوزاد، بخیه محل عمل جراحی و کفایت شیردهی مراجعه می‌کردند، بوده است.

در مورد مراکز بهداشتی وقتی مادران برای تزریق واکسن‌های بدو تولد نوزادشان مراجعه می‌کردند، با آگاه ساختن آنها از اهداف طرح و تمایل به مصاحبه و بحث‌های گروهی به مطالعه دعوت می‌شدند. کلیه مادران یک هفته پس از زایمان در جلسات مصاحبه و بحث گروهی شرکت کردند. همچنین در این مطالعه می‌بایست مادر و نوزاد در سلامت کامل بوده در صورت بروز هرگونه بیماری یا مشکل در مادر و نوزاد آنها از مطالعه حذف شدند.

جمع‌آوری اطلاعات: این مطالعه در دو مرحله اجرا شد. مرحله اول در مجموع ۵۱ مادر فقط با حضور در یک جلسه گروهی تدریجاً از اسفند ۱۳۹۱ تا شهریور ۱۳۹۲ در مطالعه حضور یافتند. در هر جلسه گروهی در حدود ۵ مادر به مدت ۶۰-۹۰ دقیقه در بحث گروهی متمرکز با استفاده از ۵ سوال (در پیوست آورده شده است) در بیمارستان و در مراکز بهداشتی شرکت داشتند. بحث‌های گروهی در

هر جلسه با کسب اجازه از شرکت کنندگان ضبط و سپس رونویسی شد. بحث گروهی علاوه بر درک مشکلات مادران در تداوم و تسهیل، ارتقاء مرحله دوم بحث و گفتگو بین مادران موثر بود.

در مرحله دوم یک جلسه مصاحبه تحلیلی فردی به مدت ۳۰ - ۶۰ دقیقه انجام گرفت و از میان ۵۱ مادر، ۲۶ مادر براساس تمایل و انگیزه برای مصاحبه فردی و بیان بیشتر نظرات و مشکلات فردی شان از شهریور تا آذر ۱۳۹۲ در بیمارستان و در مراکز بهداشتی انتخاب شدند. در مصاحبه فردی با کسب اجازه از شرکت کنندگان مصاحبه ها ضبط و سپس رونویسی شد. سپس همه مادران شرکت کننده در پژوهش یک سال از لحاظ تداوم و یا علل قطع شیردهی مورد بررسی و پیگیری قرار گرفتند. مصاحبه های پیگیری بصورت تلفنی ۱۰-۳۰ دقیقه در هر ماه برای هر مادر ۱۲ بار انجام گرفت.

تجزیه و تحلیل داده ها: متن بحث گروهی متمرکز و مصاحبه فردی با استفاده از تحلیل محتوی کیفی مقوله استقرایی (Inductive Thematic Analysis) تجزیه و تحلیل شد. تحلیل محتوای معمولاً در طرحی مطالعاتی به کار می رود که هدف آن شرح یک پدیده است. این نوع طرح، اغلب هنگامی مناسب است که نظریه های موجود یا ادبیات تحقیق درباره پدیده مورد مطالعه محدود باشد. در این حالت پژوهشگران از به کارگرفتن مقوله های پیش پنداشته می پرهیزند و در عوض ترتیبی می دهند که مقوله ها از داده ها ناشی شوند. در این حالت، محققان خودشان را بر امواج داده ها شناور می کنند تا شناختی بدیع برایشان حاصل شود. بنابراین از طریق استقرا، مقوله ها از داده ها ظهور می یابند. این حالت را مایرینگ مقوله استقرایی نامیده است. اطلاعات جمع آوری شده از طریق مصاحبه و از طریق تداعی معنا تحلیل می شوند و نظریه های از پیش موجود جایگاهی ندارند. در این حالت، تحلیل داده ها با خواندن آنها به صورت مکرر آغاز می شود تا درکی کامل درباره آنها به دست آید. محقق براساس ادراک و فهم خود از متن مورد مطالعه، نوشتن تحلیل اولیه را شروع می کند و این کار ادامه

می یابد تا پیش زمینه هایی برای ظهور رموزها آغاز شود. این عمل اغلب موجب می شود که طرح ریزی رموزها از متن ظهور یابد و سپس براساس شباهت ها و تفاوت هایشان مقوله بندی شوند. در مرحله بعدی تعاریفی برای هر مقوله و زیرمقوله و رمز صورت می گیرد (۲۴).

موضوعات مکرر حاصل از داده های خام مورد بررسی، شناسایی و خلاصه شد. سپس با توجه به موضوعات اصلی و فرعی، منجر به ایجاد بینش از احساسات و تجربیات زنان در ارتباط با شیردهی گردید. روند و فرآیند مصاحبه با توجه به تکراری بودن موضوعات بیان شده از سوی مادران به اتمام رسید. همچنین در طول مطالعه، ماهی یکبار شیردهی مادران مورد بررسی قرار گرفت. تعریف تغذیه با شیر مادر براساس تعاریف WHO از تغذیه انحصاری با شیر مادر، شروع شیردهی و تداوم شیردهی بوده است (۲۵)

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه به عنوان طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مادر جنین و نوزاد از نظر علمی و پژوهشی و اخلاقی با شماره ۱۸۱۷۴ مورد تایید و تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت. رضایت نامه کتبی برای مصاحبه و ضبط جلسات گروهی از مادران شرکت کننده گرفته شد. کلیه اصول اخلاقی در ارتباط با محرمانه بودن نام افراد و حفاظت از نوارهای صوتی نزد پژوهشگر رعایت شد و همچنین دواطلبان هر زمانی در طول مطالعه تمایل داشتند می توانستند از طرح خارج شوند. به شرکت کنندگان گفته شد اطلاعات جمع آوری شده صرفاً برای اهداف مطالعه می باشد. **یافته ها:** در طول مطالعه ۱۸ مادر از ادامه مطالعه صرف نظر کردند یا از مطالعه خارج شدند، ۷ مادر از همان ابتدا پس از ترخیص از بیمارستان شیردهی را قطع کردند، ۱۳ مادر شیردهی را بین سه تا شش ماه تداوم داده و فقط ۱۳ مادر (۲۵٪) شیردهی را تا یک سال ادامه دادند. علل و موارد مهم که از مصاحبه و بحث گروهی از مادران بدست آمد، براساس سه محور به عنوان حیطه های مشکل در شیردهی مطرح گردید که این محورها شامل موارد ذیل می گردد:

محور شرایط جسمانی مادر

۱- نداشتن بنیه قوی، ضعف جسمانی، لاغر شدن و تغذیه نامناسب:

« لاغری و کمبود وزن مشکلی در شیر دادن ایجاد می کند بنیه قوی و محکم ندارم که به فرزندم شیر بدهم فکر می کنم به اندازه کافی شیر ندارم چون لاغر و ضعیف هستم فکر می کنم شیر دادن من منجر به ضعیف شدن و لاغری من می شود.....»
«... تغذیه مناسب خیلی در شیر دادن موثر است.....»

۲- مشکل شیردهی مربوط به نوک سینه

« من سعی و اصرار می کنم بچه شیر بخورد ولی نمی خورد ۵ روز است که زایمان کرده ام چند تا میک می زند ولی باز نمی خورد. وقتی شیرم را می دوشم نوک سینه ام خون می آید. به من می گویند فقط باید شیر خودت را بدهی و با دستگاه شیردوش شیرم را می دوشیدم چند روز که در بخش بستری بودم دنبال کسی بودم که به من کمک کند و کسی نبود هرکاری می کنم که بچه اممشکل من شیردوش است و سینه ام نوک ندارد هرچقدر سعی می کنم باز نمی گیرد فشار می دهد و خودش را عقب می کشد وقتی بچه این طور می کند خیلی عصبی و ناراحت می شوم و خیلی نگرانم. من خیلی ناراحتم که شیر نمی خورد و مجبور شدم که در بیمارستان به بچه ام شیر خشک بدهم. من نمی دانم شیرم را نمی خورد. روز اول بوسیله سرنگ شیر دادند و من هم شیر را با سرنگ به بچه دادم وقتی که شیر نمی خورد شیرخوردن بچه ام دچار مشکل شد. من فکر می کنم مشکلی در نوک سینه ام وجود دارد که وقتی شیر می خورد خودش را شدیداً عقب می کشد دست و پایش را سفت می کند که سینه ام را نگیرد ولی شیشه شیر را خیلی خوب می خورد..... »
« فعلاً خیلی درد دارم هیچ احساسی ندارم، بچه دوم است و الان بهتر شده است چون سینه هام پر شده است. نوک سینه ها زخم شده بود خیلی درد داشتم فعلاً فقط شیر خودم را به نوک سینه هایم می زنم قبلاً وازلین می زدم ... الان کمی بهتر است بچه اولم که پسر بود کلاً نوک سینه هایم

کاملاً زخم شده بود پس از یک ماه که بردم دکتر حتی ۱۰۰ گرم وزن اضافه نکرده بود دکتر می گفت خانم داری به این بچه شیر می دهی !!! چون نوک سینه ام زخم شده بود ده دقیقه یک ربع به بچه شیر می دادم فکر می کردم کافی است می گفتند انگار داری آبش را می دهی و چربی شیر را نمی دهی بعد که با دکتر صحبت کردم آرام آرام دادم و بهتر شد می گفتند که از دهن بچه نباید بیرون بکشی ولی من می کشیدم چون خیلی درد داشتم از دهنش می کشیدم در عرض ۲ روز بچه وزن اضافه کرده بود بچه قبلی ۲ سال شیر خورد تا ۶ ماهگی خوب شده بود...»

« شیر خودم کافی نیست و نوک سینه ام زخمه باعث درد سینه می شه به همین علت شیر نمی دهم و از شیر خشک استفاده کردم . همه پافشاری می کنند که من شیر خودم را بدهم ولی تاثیر خاصی ندارد همه می گن آرامش می دهد ولی من فقط درد می کشم .»

۳- کافی نبودن شیر مادر

«.... من راضی هستم اگر فقط شیر بدم اصلاً مشکلی نداشتم فرزند دخترم تا یک سال و نیم قشنگ شیر خورده است چون تا دو سالگی ادامه ندادم که چون شیرم خشک شده بود. نوک سینه هایم ترک خورده است و به خون افتاده بود شیر نداشتم اصلاً شیر نداشتم و هر چقدر شیر می نوشیدم اصلاً شیر نمی آمد.....»

« شیر کافی ندارم شب اول پس از زایمان سینه ام ترشح شیر نداشته بخاطر گریه های زیاد شیرخودم را ندادم با مصرف کیسول و قطره... شیر افزا تاثیری نداشت با توجه به تجربه دوم تمام تلاش خودم را کردم شیرم را نوشیدم بچه اولم تا سه ماهگی شیر خورد با تمام این حرف ها شیر کافی نداشتم ولی خیلی دوست داشتم شیر خودم را بدهم..... »

« شیر زیاد نداشتم بچه ام تا ۵ ماهگی و زنش کافی نبود. شیر خودم را می خورد پس از ۵ ماهگی هر چقدر می زد شیر نمی آمد اجباراً با نظر پزشک شیر خشک را شروع کردم (سینه را در می آورد) و فشار می دادم ولی شیر نداشت دکتر تغذیه هم نتیجه نداشت.... شاید خجالت می کشم در جمع شیر بدهم ولی این علت

نیوده تمام تلاش خودم را برای شیر دادن کردم دوست داشتم به بچه ام شیر بدهم وقتی از شیر خودم تغذیه می کرد بچه جون می گرفت و خیلی لذت بخش بوده دوست داشتم شیر بدهم.....»

« از اول آموزش درست ندادن من نمی دانستم شیر سه روز طول می کشد تا زمانی که شیر از سینه ام بیرون بیاید من هم شیرخشک را شروع کردم بعد هم شیر سینه ام را نگرفتم تا سه ماه و نیم شیرم را می نوشیدم کنار شیر خشک می خورد و بعد شیرم قطع شد. با همراهی مادر و همسرم بود که تا سه ماه و نیم شیر دادم قشنگ ترین لذتی بود که یک مادر می تواند داشته باشد احساس آرامش برای خودم و نوزادم بود دوست داشتم شیر خودم را بدهم تمام تلاش خودم را کردم. قطره شیرافزا تغذیه ولی نتیجه ای نگرفتم.»

«شیر کمکی می دهم مابین شیر خودم کمکی می دهم ۲ یا ۳ بار، قطع نکرده ام اصلاً نمی خواهم قطع کنم فقط می خواهم تا زمانی که شیرم زیاد شود شیر کمکی بدهم.....»

«بله هم شیر خودم را می دهم هم شیر خشک چون زردی دارد شیر خشک می دهم که مدفوع کند و زردی اش از بین برود چند روز شیر خشک را قطع کردم حالش بد شد خودش را می پیچاند. هم شیر خشک می دهم هم شیر خودم را زردی بچه برطرف شده خدارا شکر خودم فکر می کنم شیرم کافی نیست نهایت ۱۰۰ CC شیر دارم بخاطر همین شیر خشک می دهم.....وقتی بچه سینه ام را می گیرد و مک می زند و بعد گریه می کند و می فهمم شیرم کافی نیست و الان چون شیر خشک هم می خورد و زنش خیلی خوب است . الان ۲ هفته است که شیرم قطع شده و فقط شیر خشک می دهم و غذای کمکی هم می دهم.....»

۴- تغییر در فرم بدن:

«.....بنظرم برخی از مادرها نمی خواهند شیر بدهند چون فکر می کنند فرم بدنشان تغییر می کند.....»

بیماری مادر و نوزاد :

« ۲۹ هفته (پره ترم) بدنیا آمده و در NICU بستری شد ۵۲ روز بستری

بود از ۳ ماهگی به نوزادم شیر خشک دادم و در NICU بستری شد مکیدن را خوب یاد نگرفته مجبور شدم به او شیرخشک بدهم ۵۲ روز تو بیمارستان شیرم را نوشیدم به بچه ام دادم بعدش شیر خشک دادم . »

«بچه هایم دوقلو و پسر هستند یک قل بستری شد در بیمارستان خانواده تا ۱۰ روز بیضه پایین نیامده قل دیگر بعد از ۱۰ روز بستری شده و تا ۳ روز زردی و قلبش طپش شدید داشته . نوزادها یک ماه و نیم زودتر بدنیا آمده اند (۳۲ هفتگی) چونکه شیر کم بوده و بچه هایم سیر نمی شدن از اولش شیرخشک داده ام. »

«از بدو تولد شیرخشک دادم چون خودم مریض بودم و کبدم چرب بود و زردی داشتم تو کما بودم یک ماه تو ICU بودم. ۲۶ روز ICU بودم و تو کما بودم . ۱۰ روز بچه ام در دستگاه بود. اول ماه نهم زایمان کردم و نارس بود . نوزادم بعد از تولد زردی داشت حاملگی ام ناخواسته بود بعد از زایمان زیاد حوصله نداشتم..چون بعد از ترخیص از بیمارستان سینه هایم شیر نداشتم و شیرم خشک شده بود دیگر نتوانستم شیر بدهم اما خیلی دوست داشتم شیر خودم را بدهم. »

«بعد از زایمان بی حوصله شدم سرگیجه گرفتم اعصابم خیلی داغونه ۲ روز بعد از تولد نوزادم بستری بودم چون باید بخاطر (+) HIV Ag بودنم خودم آزمایشات لازم را انجام می دادم. نارس نبوده الان دو ماه است رابطه زناشویی با همسرم ندارم چون من (+) HIV هستم و همسرم درگیر نیست چون ترسیده که خودش درگیر شود خیلی دوست داشتم شیر خودم را به نوزادم بدهم اما متأسفانه بخاطر مشکلم نمی توانم. »

«بعلت جراحی یعنی آبسه سینه در زایمان اول نمی توانم شیر دهم نوک سینه ام تخلیه شده اصلاً نمی توانم شیر دهم . نوزادم نارس نبود فقط عفونت داشت که یک هفته بستری شد. خودم علاقه زیادی داشتم که شیر خودم را بدهم اما مشکل پیش آمد و نشد. »

«اول شیر خورد حدود ۴ ماهگی شیر خودم را می خورد و در ۴ ماهگی با نظر دکتر شیر خشک روزی ۲ پیمانه شروع کردم چون رفلکس داشته کم کم شیر مادر را نخورد . خیلی تلاش

شیردهی هم انجام دادن تغذیه خوب می تواند شیردهی را بهتر و ادامه بدهم. قبل از آنکه آموزش بدهند واقعا ما با شیردهی واقعا مشکل داشتیم»

۲- مشکلات مربوط به رفتار پرسنل بیمارستان

«... برخی از پرستاران خوبند و برخی از آنان خیلی ما خوابیده بودیم یک لحظه ساعت ۳ بود گفتند بلند شوید جمع کنید یک برخوردهایی می کنند... بلندشین می خواهیم تمیز کنیم... مثلا خدماتی می گوید خانم چرا اینقدر ملافه گرفتید و کثیف کرده اید بابا دست مریض نیست که برخی از دکترها ایشان متخصص نیستند و انترن هستند یا رزیدنت هستند دانشجوی است برخوردارهایی دارند... خانم چیزی نیست درد دارید دیگر ... دادو بیداد می کنند. ارتباط خوبی با بیمار ندارند.....»

«..... آسم نداشتم فقط تنگی نفس داشتم و به من اکسیژن زدند. آن روز که برای بستری شدن به بیمارستان آمدم از وایتکس در بخش استفاده کردند و من تا به..... توی اطاق اورژانس شون با وایتکس آن جا را تمیز کردن ، حالم در آن جا خیلی بد شد به آن ها گفتم و اصلا کاری برای من انجام ندادن به من گفتند که آیا شما تنگی نفس داشته اید یا نه در صورتیکه من اصلا تنگی نفس نداشتم ام . من سزارین کردم و حالم خیلی بد شده بود دکتر گفت فوری ببرید اکوی قلب بکنید. پرسنل به من می گوید بلند شو خودت راه برو ، من فکر می کردم چطور راه بروم بعد به من می گوید تو باید پول بنزین من را بدهی تا ببرم و تو را برگردانم. وقتی من عصبی باشم در اول زایمان چطور می توانم با نوزادم راحت برخورد کنم.....»

«... در این ۳ یا ۴ روز که زایمان کرده ام اطاق خواب ما یخ و سرد بوده است. پرسنل ها اطاقشان از گرما پنجره ها را باز کرده بودند توی سالن یخ و بچه ها هم لخت بودند اصلا پرستاران و پرسنل رعایت نمی کنند. خانه تکانی داشتند کلا ما را بیرون کردند همه وسایل را بیرون گذاشتند شلنگ آب آورده بودند آن جا را تمیز کنند من نمی زارم شیرخشک را به بچه ام با سرنگ بدهند پس از درد طبیعی که ۱۸ ساعت کشیدم

عاطفی میان من و بچه ام زیاد برقرار نیستش دوست دارم خودم بهش بدهم. فکر می کنم توی خونه بهتر می توانم بهش شیر بدهم.»

« اگر آموزش های شیردهی قبل از زایمان آموزش داده می شد حتی آموزش های مراقبت از نوزاد اطلاعات بیشتری داشتم در نگهداری و شیردهی فرزندم بسیار موثر بود..... »

«..... دو روز بچه را بخاطر زردی خوابانده بودند بیمارستان با بچه می ماندم و خودم شب ها باهاش می ماندم اولش من اصلا بلد نبودم نوک سینه را می داشتم دهن بچه، نوک سینه زخم شده بود بچه سیر نمی شد هی می گفتم چرا ..هی ۲۴ ساعته می گفتم چرا این همش زیر سینه من است بعد خانم پرستار.. آمد آموزش داد گفت این جور باشد کل هاله قهوه ای می بایستی توی دهانش باشد الان قشنگ یاد گرفته ام قشنگ بچه ام سیر می شود. آموزش در بیمارستان برام خیلی مهم بود من بچه را سیر نمی کردم می گفتم تازه چرا اینقدر شیر می خوره ۵ یا ۶ ساعت زیر سینه من بود و اصلا خواب نداشتم. وقتی خانم پرستار... آموزش دادند فهمیدم کی شیر می خورد و کی الکی شیر می خورد مثلا وقتی صدا می داد...اره خیلی مهربان بود...وقتی بچه دهانش صدا می داد من فکر می کردم که دارد می خورد در صورتیکه اصلا نمی خورد و فقط دارد بازی می کند مثلا ۲۰ دقیقه ای می خورد فکر می کردم سیر می شد و ..بعد که آموزش دادند فهمیدم که کی شیر می خورد... مثلا می گفتند گوش کن بین شیر می خورد... وقتی قورت قورت می خوره یعنی آن موقع است که دارد شیر می خورد . آموزش خیلی مهم بود والا همانطور بچه ام گرسنه می موند ضعیف می ماند. کمی به من خانواده گفته بودند که موقع شیر دادن چه طوری باشد.....»

«من برای کلاس های آموزش شیردهی اینجا آمده ام و کلاس ها خیلی خوب بود.»

«کلاس های شیردهی در بیمارستان هست به من گفتند ولی چون راهم خیلی دور بود نتوانستم بیائیم»

«من اصلا مشکلی ندارم وقتی توی بخش بودم توضیح دادن حتی در مورد تغذیه مشاوره برای آموزش

زیاد کردیم تا شیر بدهم . »

«حدود ۴ ماه به بچه ام شیر دادم و نمی خورده اول شب ها موقع خواب به بچه ام شیر می دادم می خورد ولی کم کم شب ها هم نخورد ناچارا شیر خشک را از ۴ ماهگی شروع کردم و در کنار آن غذای کمکی را هم شروع کردم . من یک سال هفت یا هشت ماه به بچه اولم شیر دادم ..تازگی به پزشک برای آب دندان مراجعه کردم پزشک رفلکس را تشخیص داده بعد از ۷ یا ۸ ماه به پزشک مراجعه کردم بخاطر آب دهان زیاد بوده تشخیص رفلکس داده نرمی حنجره و گرفتگی بچه ام داشته .. »

محور نظام بهداشتی :

- مشکلات مربوط به بیمارستان :
مشکلات مربوط به بیمارستان بدلیل اهمیت و نارضایتی که بیشتر مادران به این حوزه داشتند به دو بخش تقسیم گردید :

۱- ارائه خدمات آموزشی مربوط به شیردهی به مادران

«...آموزش ها در بیمارستان پس از زایمان اصلا خوب نیست و خیلی سریع سنبل می کنند و کلا اصلا راضی نیستم. اگر یک بسته آموزشی یا کتابی در این ارتباط به من داده می شد که در خانه مطالعه می کردم حتما در شیر دادن و نگهداری فرزندم می توانست کمک کند..... »

«آموزش شیردهی پس از زایمان اصلا خوب نیست و رضایت از پرسنل بیمارستان ندارم ، آموزش تند تند می دهند و می گویند وقتی از شما پرسش شود حتما بگویید که آموزش عالی بوده است. اگر کامل و خوب اجرا شود قطعا در شیردهی موثر است..... »

« اینجا به من در مورد شیردهی به من توضیح ندادند فقط شیردوشیدن را به من گفتن خودم اطلاعاتی را از بیرون و از دیگران پرس و جو کردم و پرسیدم خودم اطلاعات قبلی داشتم که خودم حتما باید به بچه ام شیر بدهم خصوصا ۴ روز اول که آغوز است حتما به بچه ام شیر بدهم خودم دائم و مستمر به بچه ام شیر نمی دهم چون NICU است. من شیرم را می دوشم و آن ها با سرنگ شیر را می دهند و از این بابت هم خیلی ناراحت هستم چون حس

و درد سزارین برای من دو بار شد ورم داشتن و چاق شدن ناراحتی می کند...»

«در اینجا (بیمارستان) به من می گویند وقت نیست بدو و چون نمی توانم راحت به بچه شیر دهم مجبورم با شیشه شیر به بچه بدهم. فقط به من ۲۰ دقیقه وقت می دهند که من شیر بدهم در این ۲۰ دقیقه ۵-۱۰ دقیقه با بچه کلنجر می روم تا شیر بخورد با توجه به اینکه شیرخوردن بچه ام سخت است می بایستی زمان و وقت بیشتری بدهند که تا من بتوانم به بچه ام شیر بدهم. در این شرایط بد مجبور شدم که شیرخشک به بچه بدم. بچه من وقتی که گرسنه هم باشد باز مقاومت می کند و اصلا شیر نمی خورد. البته باید در بیمارستان به خاطر مشکل و زردی بچه ام که هستم می بایستی وقت می گذاشتم ولی در اینجا وقت و فرصت کافی به من ندادند. در اینجا بیمارستان وقت کافی برای شیردهی نمی دهند بچه من نیم ساعت طول می کشد که آروغ آن را بگیرم. در بیمارستان برخورد پرسنل با من و دیگران خیلی بد است. من دو روز که زایمان کردم یواش راه می رفتم به من می گفتند چرا یواش راه می روی تند تند راه برو می گم دو روز است که زایمان کردم ولی می گن دو روز زایمان کردی پس باید سریع راه بروی این چه وضع است چطور می خواهی بچه داری بکنی. وقتی بچه ام بالا می آورد از ترس پرسنل سریع دهان بچه ام را پاک می کنم تا آن ها نفهمند شیر خشک حدود ۱۵ تا ۴۰ CC با سرنگ در عرض ۲ ثانیه تو دهان بچه خالی می کنند تو بیمارستان اصلا احساس راحتی نمی کنم اگر دستگاه در خانه می خریدم و بچه زردی اش درمان می شد برای شیردادن اولیه خیلی کارم راحت می شد...»

«اینجا اصلا چیزی یاد نمی دهند من ۸ روز بستری بودم تو این ۸ روز پرستاران به من نگفتند که شیر را بدوش و الا تب می کنی؛ چون من تب کردم و من از پرستارم خودم سوال کردم که مثلا مادرم اینا می گفتند که اگر شیر ندوشی تب می کنی خودم گفتم علت تبم شاید بعلت شیر ندوشیدن است گفتند آره ممکنه باشه اینا اصلا به من نگفتند که هر جور

شده روز اول، دوم زایمان حتما شیرت را بدوش بعد از ۴ یا ۵ روز تب کردن با خانواده ام تماس گرفتم آن ها گفتند علت تب ات شیر ندوشیدن است. والله ما اساتید را اصلا ندیدیم زیدنت ها که چطور باشند وقتی که می خواهند تحویل بدهند به شیفت بعدی مثلا می آیند سر مریض می گند به چیزهایی می گفتند ولی من خودم حالی آن ها می کردم مثلا ۱۰ بار به آن ها می گفتم مثلا .. متوجه بشود که من بعد از ۵ روز سوزش ادرار شدید دارم ، ادرارم خونی ، تب و لرز دارم آنقدر می رفتم استیشن Station پرستاری بهش می گفتم تا متوجه شوند من هم چنین مشکلی دارم.

به حساب شلوغی من می دارم من نمی گم که اصلا رسیدگی نمی کنند ، می کردند، ولی بیشتر خودمون پی گیر بودیم خودم می رفتم سؤال می کردم یا مثلا سوزش ادرار و خونی داشتم خودم نگران کلیه ام بودم گفتم خدا نکند من اینجا آمده ام عفونت بزند به کلیه ام مثلا توی این سن کم مشکل کلیوی هم برای من بوجود بیاید. مثلا ماما که من در اورژانس زایمان بودم ماماها اصلا نمی آمدند وقتی که شیفت شروع می شد می گفتند فلانی هستم و می نوشتن و بعد می رفتند اینجا باید بهیار یا کمک بهیار که سابقه دارد اون باید بیاید رگ بگیرد؟ من برای خودم ، خودم پی گیر کارهایم بودم.

من از این شاک می هستم که پس از زایمان به من باید می گفتند که شیرت را بدوششاید اگر من از همان اول شیرم را می دوشیدم شاید ۱۰ روز من اینجا بستری نبودم پس از ۲ روز مانند بقیه از اینجا می رفتم من ۸ روز ۹ روز اینجا بستری بودم. البته من می دانم آن ها زحمت می کشند ولی.....وقتی بچه هایمان گریه می کنند صدا نمی زنند خدا شاهد است چی می شود صدا بزنند و بگویند که بچه ات گریه می کند. آنقدر گریه می کنند باید هی برویم سر بزنیم مثلا من به دوستم می سپارم وقت توی تایمی که می روی من بچه ها را نگاه می کنم بعد من می روم و دوستم بچه ها را نگاه کند...می گند هر یک از پرستاران ۲ تا ۳ بچه دارد.

مشکلی که هست در مورد زردی بچه است چقدر زردی دارد؟ درصد چقدر است؟ اصلا توضیح نمی دهند. اصلا

جواب نمی دهند. البته برخی هایشان خیلی خوب و استثناء هستند باید خودمان حواسمون به بچه باشد، اصلا جواب و اطلاعات نمی دهند می گند باید دکتر بیاید وقتی که دکتر هم می آید خودتان باید بروید پرسید مثلا آقای دکتر زردی بچه چطور است؟... اون ها هم برخی هایشان می گویند...برخی ها نمی گویند گذری ... می گند دانشجویانی که می آیند از آن ها اطلاعات بگیرید آن ها هم می گویند دکتر اصلی بیاید به شما توضیح خواهد داد. من اصلا وقت ندارم من دارم ویزیت می کنم بعدا بیایید پرسید بعدا ما کجا باید برویم پرسیم خدا می داند؟ مخصوصا اگر در مورد بچه اگر بخواهی بررسی اصلا جواب نمی دهند . سرم را باز می کنم تا بچه را ببرم بشورم ۱۰ بار اینکار را باید انجام دهم....توضیح نمی دهند که چیکار بکنید تا درصد زردی بچه تان پایین بیاید. بالاخره باید کمک کنند چون ما نمی دونیم اگر می دانستیم خودمان را درمان می کردیم. یکی می گوید بچه ۴۵ دقیقه باید شیر بخورد یکی می گوید ۴۵ دقیقه خیلی زیاد است۳۵ دقیقه بچه را نگه داشتید زردی اش می رود هر کسی توی بخش چیزی می گوید. وقتی فردی برای زایمان می آید و بستری می شود خیلی چیزها را می بایستی داخل بخش بگند وقتی می خواهد دکتر بیاید و یا اینکه شیفت عوض شود دقیقا همان موقع دارو می دهند می گند وقتی پرسند بگید دارو داده ایم. من شب تا صبح درد کشیده ام فقط یک شیاف دادند گفتند این درد را ساکت می کند. نمی دانند که با دو تا شیاف آدم آرام نمی شود من پرستاران ما وظیفه نداریم فقط باید بیایم دارو بزنیم و برویم.. ماماه ها که اصلا جواب نمی دهند مگر اینکه پرستاران جواب بدهند....ظرف استریل به من ندادند (برچسب نداشت) چرا من که دارم هزینه بیمارستان را می دهم به من ظرف استریل ندهند؟ اصلا در بیمارستان آرامش نداریم... برویم خانه آرامش پیدا می کنیم... برخی زنگ ها را قطع می کنند که ما مزاحم پرسنل نشویم..... اطلاع رسانی در مورد شیردهی بکنند.....شوهرم می گوید چی بگیرم بخوری؟ اصلا نمی دانم ؟ آیا نمی شود استاد بیاید سری بزند در اورژانس زایمان؟.....»

«.....یکی هم بچه ام NICU است امروز دکتر اوامده می گه که همه چیزش خوب است از دیروز کلا مهتابی هاش را کلا خاموش کردند و هیچ چیز و مشکلی ندارد بچه من فقط کلسیم می خواهد می شود مرتب خودم آن را توی خونه بدم خوب نهایتا ۲ تا آمپول است با سرنگ خودم بدهم تمام بشود و برو از دکترها می پرسم می گند یک روز هم بمان دیگه از استاد می پرسم که می گه یک روز هم بمان برای من هر ثانیه مهم است زندگی من برنامه دارد بچه ۵ ساله دارم بچه دانش آموز توی خونه دارم اینم بچه ام است درسته ولی اونوها خیلی اذیت خیلی سخته پاهام ورم کرده واقعا برای من خیلی سخته... از روزی که زایمان کرده ام همه مون سر پا هستیم همش این راهها را می رویم و می آییم.»

«مثلا می خواهیم برویم توی سالن برویم و بیاییم هی می گن برگرد برو یاواسه این است که آدم کلافه می شود. من هم دوست دارم به بچه ام شیر بدهم چون نمی گیرد نگران هستم با امروز ۷ روز است اینجا هستیم اول شیر دادم ۷ روز شیر می خورد فقط از دیشب تا به حال ، ولی الان رسیدگی نمی کنند هی پرستاران می گم اون ها می گند برو خانم با بچه ات بازی کن این جور کن زیر گلویش را نوازش کن ...اصلا رسیدگی نمی کنند از دیشب تا به امروز تازه(مادر گریه می کند).....(مادر خیلی گریه می کند).....(مادر شیر می خوره بخوره اگر نمی خوره ما شیر می دهیم دیگر هیچ وظیفه ای ما نداریم..... (مادر گریه می کند) من خیلی ناراحت هستم احساس می کنم بعدا بچه ام شیر نخورد چون شیر نمی خورد عادت بکند بعدا شیر نخورد چون با سرنگ شیری که می دهند شاید نتواند شیر من را بخورد. ما از اینکه به بچه ام با سرنگ شیر بخورد خیلی ناراحت و نگران می شویم که بعدا شیر نخورد. سینه را نمی گیرد چون قورت دادن را یاد می گیرد عادت می کند.»

« من اصلا مشکلی ندارم...بنظرم تعداد پرستاران کافی نیست..... »

«رفتار پرستارها خیلی با من بد بود یک شب که تب داشتم هیچکدام به من توجه نکردند تا من خودم

سرم را در آوردم و رفتم به آنها گفتم اما باز هم اهمیت ندادند به سرپرستارشان گفتم که بعضی از پرستارها اما واقعا بعضی هایشان هم خوب بودند»

« من وقتی به بچه ام شیر با توجه به اینکه سینه ام نوک ندارد می دم می خوره وقتی به گلویش می پره پرستاره پدر من را در آورده می گه یک دفعه دیگه این جور بشه سرم می زنم.....»

مشکل شیردهی مربوط به زایمان سزارین

«.....پس از زایمان خونریزی های سزارین و درد خیلی مشکل زیادی در شیر دادن نوزاد برای من ایجاد کرد.....»

«.....من حدود ۱۸ ساعت درد کشیدم و آخر سزارین کردن وقتی سزارین کردن نمی توانستم بلند شوم و راحت شیر بدهم شیردهی را سزارین سخت می کنه.....»

«.....من استرسم پس از زایمان خیلی زیاد شد سزارین شیردهی را خیلی سخت می کند درد پس از زایمان خیلی زیاد است و طاقت کم می شود.....»

«... قرص های آنتی بیوتیک چرک خشک کن زیاد بعد از سزارین مصرف کردم یک مقداری از جفت در بدنم باقی مانده بود ولی شیرم کم شده بود من هنوزم شیر خودم را می دم ولی شیر ندارم بخاطر همین هم شیرخشک می دم الان شیر خشک می دم بچه اولم دو سال و هفت ماه شیرم را خورده پسرم از همان اول به مشکل برخورد کرد.....»

محور عاطفی، روانی- اجتماعی :

شیر دادن تجربه احساس مادر بودن ، آرامش ، دلبستگی و نزدیکی با فرزند است :

«.....احساس مادر بودن را احساس می کنم وقتی شیر خودم را می دم ولی شیر خشک که می دم احساس عذاب وجدان می کنم می ترسم زود به زود مریض شود.....»

«.....قشنگ ترین لذتی است که یک مادر می تواند داشته باشد احساس آرامش برای خودم و نوزادم است دوست دارم شیر خودم را بدهم تمام تلاش خودم را می کنم.»

«.....من خیلی دوست دارم شیر بدهم راحت تر و خیلی بهتر است احساس نزدیکی و آرامتری بچه ام دارد.....»

«من کتاب های زیادی در مورد فواید شیردهی خوانده ام من تمایل زیادی دارم که شیر خودم را بدهم من منتظرم که به خانه بروم احساس خوبی قبلا به شیردهی داشتم.»

حمایت عاطفی شوهر و خانواده :

«حمایت عاطفی شوهر... و همچنین شوهر در کارهای منزل کمک کند تا مادر بتواند آرامش کافی و استراحت بکند و داشتن اوقات فراغت خیلی مهم است... رسیدگی به من کردن مهم است...»

«بیشتر حمایت و کمک شوهرم باعث می شود که شیردهی ام بهتر شود. مثلا الان که این بچه دوم است مثلا بیشتر کمک می کند من راحتتر بتوانم برسم تا شیر بدهم آرامش بیشتری داشته باشم جمع و جورم کند چون فرزند اولم پسرم چهارو نیم ساله است.....»

«... کمک اطرافیان منظورم شوهر و دیگران باعث می شود دوره شیردهی طولانی تر شود.....»

«...اعتماد بنفس، آرامش ، حمایت خانواده و شوهر کمک میکند بهتر شیر بدهم...»

« من برای اولین بار شیر دادم تجربه نداشتم خوب به بچه ام توانستم شیر بدهم... از طرف خانواده دیده بودم توانستم به خوبی شیر بدهم خانواده مهم است خیلی خوب من را تشویق می کنند... »

دوست نداشتن شیردهی در مکان های عمومی

«... شیر دادن در مکان های عمومی و بخصوص بیرون رفتن و در مهمانی بسیار سخت و ناراحت کننده است...»

«...گاهی شیر دادن برای آدم خیلی خوشایند نیست. از بیدار ماندن از خواب افتادن وسط کاری باشد...»

«...فقط من از یک چیز شیر دادن همیشه بدم می آمد که اه چیه که هر جا باید لباسشان را بکنند و به بچه شیر بدهند البته معذب بودم که جلوی مرد شیر دادن مثلا خودم که پسرم بستری بود در بیمارستان خیلی معذب بودم که دکترها می رفتند و می آمدند و باید لباسم را بالا می زدم خیلی ناراحت و معذب بودم من سعی می کنم بروم

اطاق به بچه ام شیر بدهم...»
 «از ۶ ماهگی شیر خشک دادم چون دوست ندارم پستانم را دهن بچه ام بیرون از منزل بذارم و راحت نیستم بیرون به بچه شیرخودم را بدهم به بچه ام شیر خشک می دهم ...»
 «خواهرم چون شیر می داد خوشم نمی آمد هر جا و هر دقیقه باید سینه را باید در بیاورد و شیر بدهد (...»

استرس و فشار روانی :

«رفتار دیگران در شیر دادنم تاثیر دارد مثلاً حضور مادر و مادر شوهرم در منزل من را ناراحت می کند الان دوست دارم که تنها باشم الان این حالت را دارم خیلی اخلاقم تند شده است دائم گریه می کنم کلاً با شوهرم دعوا می کنم چون برای زایمان خیلی درد کشیده ام حدود ۱۹ ساعت درد کشیده ام وقتی من را اطاق عمل بردند احساس کردم واقعا من را شکنجه کردند من فکر می کنم این دردی که در زایمان کشیدم این احساسات و علائم در من ایجاد شده است قبلاً این علائم را نداشتم..... استرس خیلی زیادی برای شیر دادن به بچه دارم خیلی می ترسم، از شب تا صبح بالای سر بچه هستم و تا صبح بیدار می مانم ، استرس خیلی بالایی دارم ، هر شب ، شب زنده داری دارم با اینکه الان مادرم و مادر شوهرم همه در خانه هستند باز هم می ترسم من شیر را با استرس به بچه می دهم اول استرس نداشتم یکبار به بچه شیر دادم یکهو نفس بچه رفت فکر می کنم اگر شیر دهم بچه خفه می شود دیگران مادر و مادر شوهرم به من می گویند بی خیال دوست دارم خونه خلوت باشد ولی نمی توانم کارهایم را انجام دهم وقتی فکر می کنم اگر آن ها نباشند نمی توانم چون مادرم شهرستانی است شوهرم کمک می کند ولی صبح می رود و شب می آید الان استرس شدیدی دارم.....»

«..... قبلاً خیلی استرس داشتم و می گفتم که نکنه شیر نداشته باشم و مجبور بشم شیرخشک بدم دوست داشتم اول شیر خودم را بهش بدم.....»

«از بدو تولد بیمارستان شیر خشک می داد به نوزادم چون نارس بود ۲۹ هفته متولد شد و ۳ ماه در بیمارستان

بستری بود و الان قد و وزنش خوبه ، دوست داشتم شیر بدهم اما شیرم نمی آمد چون استرس بیماری نوزادم را زیاد داشتم و دکتر گفت بخاطر استرس شیرت قطع شده اما بچه اولم یک سال شیر خورد ، نوزادم از ۱۰ ماهگی شیر خشک هم دیگر نمی خورد و شیر پاستوریزه فقط می خورد.....»

« چون بچه ام مشکل داشت افسردگی گرفته بودم. ۲۷ روز می رفتم بیمارستان و می آمدم و عصبی شده بودم کم کم بهتر شدم و دارو مصرف نکردم من کلاً چهار هفته ای که بچه ام بستری بود سالم بد شد... احساس می کردم شیر دادن برای من مشکله و یکی دو روز بعد از ترخیص نوزاد شدت افسردگی و عصبانیت کم شد.....»

« از ۶ ماهگی دچار افسردگی شدم به بچه شیر ندادم.»

«چون حاملگی ناخواسته بوده است بعد از زایمان دچار افسردگی پس از زایمان شدم بطوری به روانپزشک مراجعه کردم و مجبور به خوردن داروهای اعصاب شدم با توصیه پزشک به اجبار به کودکم شیر ندادم دوست داشتم شیر بدم دوست داشتم شیر بدم اگر دارو مصرف نمی کردم و اگر مشکل نداشتم.»

«ناراحتی اعصاب داشتم و دارو اعصاب مصرف می کردم با نظر پزشک شیرم را قطع کردم ۲ ماه اول فقط شیر خودم را دادم من دوست داشتم شیر خودم را بدهم تا اینکه شیر خشک بدهم.»

شاغل بود مادر:

«..... من فکر می کنم دو سال نمی توانم شیر بدهم بخاطر اینکه سرکار می روم چون مسافت کاری ام زیاد است محل کارم کرج است نمی توانم انتقال بدم چون تازه من را رسمی کرده اند. مسافت شغلی در واقع باعث میشه که نتوانم شیر بدم.....»

بحث:

نتایج این مطالعه نشان داد که علل و عوامل مختلفی در موانع و مشکلات شیردهی دخیل هستند . یک گروه از مشکلات به حوزه های فیزیکی و جسمانی مادران مربوط بوده ،گروه دیگر به حوزه های نظام بهداشتی و سلامت ، همچنین دسته دیگر که

به نظر می رسد از اهمیت بیشتری برخوردار است و کمتر به این حوزه توجه می شود بعد روانشناختی ، عاطفی و اجتماعی شیردهی می باشد. در بررسی حوزه جسمانی نتایج براساس جلسات گروهی و مصاحبه نشان داد که ضعف جسمانی ، عدم تغذیه مناسب مادر ، مشکلات مربوط به نوک سینه ، ناکافی بودن شیر مادر و بیماری مادر و نوزاد از مهمترین علل مشکلات شیردهی در مادران شیرده است. مطالعه ای که به تاثیر عوامل مختلف بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در شهرستان اصفهان پرداخت، نتایج آن نشان داد که از مهمترین علل استفاده از شیر خشک وزن نگرقتن کودک ، بی خوابی کودک یا عدم کفایت شیر مادر بوده است. وزن هنگام تولد روی مدت شیردهی تاثیر دارد و با افزایش وزن ، مدت شیردهی افزایش می یابد.

شایع ترین علت ذکر شده از طرف مادران قطع زودرس شیرمادر، کمبود شیر می باشد و اغلب مادران اقدام لازم جهت افزایش شیر را مصرف مایعات بیان داشته اند و تنها گروه بسیار اندکی مکیدن مکرر طفل (مهمترین عامل جهت افزایش شیر مادر) را راه افزایش شیر مادر بیان کرده اند همچنین نتایج مطالعه نشان داد که آرامش روحی مادر تاثیر قابل توجهی در شیردهی مادر دارد (۲۶) . مطالعات Bulk و Bunschoten و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که تردید درباره کفایت شیر و احساس محدود شدن هنگام تغذیه نوزاد با شیر مادر از دلایل اصلی مادری قطع تغذیه با شیر مادر تلقی می شود. در بین دلایل نوزادی قطع تغذیه انحصاری با شیر مادر ، دل درد (کولیک کودکان) ،

بهمراه زردی نوزادی بالاترین فراوانی را دارا بود (۲۷) . در مطالعه مه پرور و ورزنده که در استان کرمان انجام گرفت یافته ها نشان داد که تنها ۱/۶٪ کودکان تا پایان ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند و اکثریت مادران ۳/۶۰٪ در سن زیر یک ماهگی تغذیه تکمیلی را شروع کرده اند. میانگین سن شروع ۱/۵ ± ۱/۹۸ بود. همچنین رایج ترین نوع ۹۹/۷٪ شیر مصنوعی و مهم ترین علت برای شروع تغذیه تکمیلی، ناکافی بودن شیر مادر بود (۹۲/۷٪)، که ۷۲/۱٪ آن به توصیه پزشک بوده است و

۶۸/۵٪ مادران علت گریه کودک را ناکافی بودن شیر مادر دانسته اند. بین نوع زایمان و سن شروع تغذیه تکمیلی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت (p = ۰/۰۱۶). مهم ترین عامل در قطع زودرس تغذیه انحصاری با شیر مادر باور غلط مادران از نشانه های کفایت شیر مادر و توصیه پزشکان بوده است لذا لزوم آموزش مادران در دوران بارداری و شیردهی و آموزش مداوم پزشکان احساس می شود (۵۷) همچنین در مطالعه زارع نیز مهم ترین علت عدم تداوم شیر دهی و قطع آن قبل از ۲۴ ماهگی، نگرانی والدین از اختلال رشد و عدم کفایت شیرمادر شناخته شده است (۲۸). در مطالعه خبازی در سال ۱۳۸۷ دو عامل ناکافی بودن شیر مادر و مصرف قرص های ضد بارداری در دوران شیردهی بیشترین ارتباط را با مدت تغذیه با شیر مادر را نشان داد به طوری که ناکافی بودن شیر مادر ۲۲/۲۳ بار و مصرف قرص های ضد بارداری در دوران شیردهی ۱۲/۷۵ (۷۵ بار) شانس تغذیه کمتر از ۶ ماه با شیر مادر را افزایش می دهد. مصرف قرص های ضد بارداری عامل دیگری است که با عدم تداوم شیردهی ارتباط دارد. شواهد در مورد مصرف قرص ترکیبی ضد بارداری در زن شیرده محدود است تنها مقادیر بسیار جزئی هورمون در شیر ترشح می شود که اثرات نامطلوب نداشته و اثر آن روی کاهش حجم شیر مهم است مصرف قرص های ضد بارداری در بیشتر خانم ها نسبتا بی خطر است توجه زیاد به آثار جانبی مصرف قرص باعث شده که اضطراب ناشی از این تبلیغات مداوم به عمده ترین اثر جانبی آن بدل شود. به نظر می رسد عدم آگاهی مادران در مورد چگونگی تولید شیر و ارتباط آن با برداشت شیر توسط شیرخوار و همچنین نگرانی مادران در مورد مصرف قرص های ضد بارداری بیشترین دلیل عدم تداوم شیردهی بوده است (۲۹).

از دیگر موانع و مشکلات شایع شیردهی زخم نوک پستان در زنان شیرده می باشد که می تواند منجر به درد پستان و مانع شیردهی موفقیت آمیز در مادران شیرده شود. درد نوک پستان از موضوعات بسیار مهم بهداشتی می باشد به طوری که دومین علت قطع زودرس شیردهی

مادر به دلیل احساس ناکافی بودن شیر یا درد می باشد که از شیرگیری زودرس، خود عوارض جسمی و روانی برای کودک و همچنین مادر دارد. برآورد شده است که ۸۰ تا ۹۰٪ از زنان شیرده انواع زخم های نوک پستان را تجربه می کنند و ۲۶٪ از آنان، مبتلا به ترک های نوک پستان و درد زیاد می شوند. از طرفی این درد در هفته اول پس از زایمان طبیعی می باشد و بعد از گذشت سه تا شش روز به اوج خود می رسد و سپس کاهش می یابد و به طور معمول از روز سوم زایمان درد نوک پستان حالت بهبودی پیدا می کند و به عقیده اکثر کارشناسان بدون درمان خاصی نیز سیر خود محدود شونده دارد. برخی گزارشات حاکی است که بیش از یک سوم از مادرانی که این علائم را تجربه می کنند، ممکن است در شش هفته اول پس از تولد، روش تغذیه نوزاد را تغییر دهند سوزش درد نوک پستان اغلب در آغاز تغذیه پستانی رخ می دهد و چنانچه مادر اقدام به تأخیر تغذیه پستانی و یا اقدام به تغذیه با بطری کند، باعث احتقان بیشتر پستان و ایجاد زخم می شود. نوک پستان دردناک، ترک خورده، تاول زده، شکاف دار، کبود شده یا دچار خونریزی در زنان با تغذیه پستانی معمولا نشانه این است که نوزاد به طرز ناصحیح روی سینه قرار گرفته است. بنابر این اولین گام برای کاهش درد و همچنین زخم در مادر، آموزش به وی در زمینه شیردهی صحیح به نوزاد می باشد و اتخاذ شیوه صحیح شیردهی در مادر می تواند درد نوک پستان را به میزان قابل توجهی کاهش دهد، توصیه شده است که با آموزش ماماها در این زمینه، می توان نسبت به کاهش درد پستان اقدام کرد. با توجه به آنچه ذکر شد درد نوک پستان روند خود محدود شونده دارد و آموزش به مادر در زمینه شیردهی صحیح به شدت می تواند در کاهش درد پستان موثر باشد (۳۰-۳۱).

در یک مطالعه مروری در انگلیس با عنوان پیشگیری و درمان درد نوک پستان، چنین نتیجه گیری شد که هیچ عامل موضعی رایج، نتیجه بهتری در تسکین ناراحتی نوک پستان ندارد و مهمترین عامل در کاهش شیوع درد، تدارک آموزش در رابطه با اصلاح روش شیردهی و همچنین راهنمایی

قبلی در خصوص شیوع بالای درد زودرس نوک پستان، بعد از زایمان است (۲۸).

در بررسی مشکلات نظام سلامت، در مطالعه ای که توسط اسلامی و همکاران در شهرستان یزد انجام گرفت نتایج نشان داد که مادران سزارینی با تفاوت معنی دار، کمتر در تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر موفق بودند. میانگین طول مدت تغذیه در زایمان طبیعی ۴/۵ ماه و سزارین شده ها ۴ ماه بود که این اختلاف معنی دار بود. موارد شیردهی در طی ساعت اول پس از زایمان، با اختلاف معنی دار، در زایمان طبیعی بیش از موارد سزارین مشاهده شد. میزان استفاده از شیرخشک با تفاوت معنی دار در شیرخواران مادران سزارینی بیش از موارد زایمان طبیعی بود. بر اساس نتایج این مطالعه سزارین نقش عمده ای در تأخیر شروع تغذیه با شیر مادر و نیز قطع تغذیه انحصاری با آن و شروع شیر خشک داشت لذا باید تلاش نمود تا با کاهش موارد سزارین و نیز آموزش و همدلی با این مادران در شروع شیردهی هر چه زودتر آنها، بتوان میزان شیردهی موفقیت آمیز را افزایش داد (۲۷).

بررسی جنبه های مختلف و چالش های موجود در مورد تغذیه با شیر مادر از الویت های اصلی در اغلب کشورها بوده و مطالعات مختلفی در این زمینه انجام یافته است و مطالعات مربوط به آگاهی و نگرش مادران در این مورد و عوامل موثر بر آن بخش قابل توجهی از تحقیقات را به خود اختصاص می دهد. غفاری و همکاران (۱۳۸۶) پژوهشی در ارتباط با نگرش و آگاهی مادران در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر در شهرستان ساری انجام دادند. یافته ها نشان داد که ۳۶/۷٪ آگاهی خوب ۵۷/۲٪ آگاهی متوسط و ما بقی مادران آگاهی ضعیف داشتند. در مورد نحوه نگرش مادران نیز ۷/۱٪ نگرش نسبتا منفی ۶۸/۶٪ نگرش نسبتا مثبت و مابقی مادران دارای نگرش کاملا مثبت بودند و آگاهی و بینش مادران در مورد تغذیه با شیر مادر ناکافی بود. میزان آگاهی مادران در مورد تغذیه با شیر مادر در اکثر مطالعات بعنوان یکی از تاثیرگذارترین عوامل بر عملکرد مادران در این زمینه محسوب

می شود. یافته ها همچنان نشان داد که مادرانی که تحت مراقبت مراکز بهداشتی درمانی قرار داشتند در مقایسه با مادرانی که تحت مراقبت متخصص بودند از آگاهی بهتر و نگرش مثبت تری برخوردار بودند. مطالعه فرد (Freed) و همکاران در آمریکا نشان داد که متخصصین تمایل و کفایت لازم جهت آموزش مادران در خصوص تغذیه با شیر مادر را ندارند و علاوه بر آن سطح اقتصادی- اجتماعی، تحصیلی با نگرش و آگاهی مادران ارتباط معنی داری نداشت (۳۲) ولی نتایج حاصل از مطالعه ای دیگر نشان داد که عوامل مهم در نگرش مادران نسبت به تغذیه کودک با شیر مادر مشتمل بر سن، تجربه بارداری، تجربه تغذیه نمودن کودک با شیر مادر، تحصیلات (با سواد بودن) ارتباط دارد بعبارت دیگر می توان چنین نتیجه گرفت که تجربه مادر در تغذیه کودک با شیر مادر و سواد از عوامل مهم در نگرش مادران است. (۳۳) در مطالعه ای که به بررسی تاثیر مراقبت حمایتی مامایی طی زایمان بر تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان نخست زا در شهرستان مشهد انجام گرفت نتایج نشان داد که فراوانی تغذیه انحصاری با شیر مادر در هفته چهارم و ششم پس از زایمان به طور معنی داری در گروه مراقبت حمایتی بیشتر از گروه مراقبت معمول بود (به ترتیب $P = 0/023$ و $P = 0/017$) (مراقبت حمایتی مامایی تاثیر مثبتی بر شیردهی داشت (۳۴)).

مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر با آموزشهای قبل از زایمان و هم اتاقی بودن مادر و نوزاد ارتباط مستقیم و با بیماریهای مادر و در ۶ ماه اول ارتباط معکوس دارد. فراگیر کردن آموزشهای قبل از زایمان، هم اتاقی بودن مادر و نوزاد، همچنین توجه بیشتر به مادران مسن و افزایش آگاهی مادران در زمینه بیماریهایی که نیاز به قطع شیردهی نیست، در ترویج تغذیه انحصاری با شیرمادر و جلوگیری از مرگ و میر کودکان زیر دو سال نقش مهمی ایفا میکنند (۳۵).

در مطالعه الماسی در شهرستان کاشان (۱۳۸۶) یافته ها نشان داد که تغذیه انحصاری با سطح تحصیلات مادر، وزن کودک موقع تولد، کاهش وزن کودک، آموزش تغذیه انحصاری،

نوع زایمان، رتبه فرزنددی، شغل پدر و وضعیت منحنی رشد ارتباط معنادار داشت با توجه به میزان کم تغذیه انحصاری با شیر مادر در این مطالعه و عوامل تاثیر گذار بر آن، به نظر می رسد بالا بردن سطح آگاهی و دانش در مادران، زنان حامله و همچنین خانواده آنها می تواند در بالا بردن میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر به دست آمده در این منطقه موثر باشد (۳۶) در مطالعه شریفیات و همکاران (۱۳۸۹) در شهرستان امیدیه تغذیه انحصاری با شیر مادر با وزن بدو تولد، شروع تغذیه با شیر مادر بلافاصله پس از زایمان، توصیه اطرافیان به دادن شیر خشک، استفاده از پستانک و آب قند، نوع زایمان، تعداد فرزندان و نحوه شیردهی دارای رابطه معنی داری بود ($P < 0/05$) علیرغم میزان تغذیه انحصاری نسبتا بالا، با توجه به آن که ۳۹/۴ کودکان مورد مطالعه تا ۶ ماهگی جایگزین دیگری غیر از شیر مادر داشته اند، هنوز هم نقش آموزش مادران در زمینه تغذیه با شیر مادر کلیدی است. آموزش در مورد شروع تغذیه با شیر مادر بلافاصله پس از زایمان و عدم استفاده از پستانک و آب قند از طرف مراکز بهداشتی و بیمارستان ها بایستی جایگزین آموزش های منفی و نادرست اطرافیان شود. همچنین باید در جهت حمایت از شیر مادر مشاوره های مناسب در زمینه انتخاب روش زایمان و نحوه شیردهی به کودک به مادران ارائه شود. (۳۷) همچنان امتناع کودک از خوردن شیر مادر عامل دیگری است که با تداوم شیر دهی ارتباط داشته است خیاطی، عنوان کرد که امتناع کودک به دلیل نامعلوم در ۱۷ درصد موارد موجب قطع شیردهی توسط مادر شده است شاید بتوان گفت امتناع کودک بدلیل عدم آگاهی مادر نسبت به نحوه صحیح شیردهی باشد (۳۸) همچنین مطالعات مختلف نشان می دهد که اشتغال مادران یکی از عوامل قطع زود هنگام شیردهی می باشد. در مطالعه بابل میانگین دوره ای تغذیه ای انحصاری کودکانی که مادران آن ها در خارج از منزل اشتغال داشته اند به میزان یک ماه کمتر از مادران خانه دار بوده است (۳۹). در این زمینه تحقیق انارکی و همکاران، تحت عنوان بررسی عوامل مرتبط با تداوم یا

قطع شیردهی به کودکان زیر یکسال نشان داد که بین اشتغال مادر در خارج از خانه و مدت تغذیه با شیر مادر. ارتباط آماری معنی داری وجود دارد (۴۰) بنابراین ما پیشنهاد میکنیم مادران شاغل حداقل ۶ ماه مرخصی زایمان جهت تغذیه انحصاری بنابه توصیه سازمان بهداشت جهانی داشته باشند، محل مناسبی برای شیردهی کودکان در محل کار فراهم شود یا ساعت کاری کاهش یابد (۴۱). در مطالعه Thulier و همکاران نشان داد که شیر دهی پدیده ای پیچیده بوده و مدت شیردهی تحت تاثیر عوامل دموگرافیکی، فیزیکی، اجتماعی و روانشناسی است. Chezem و همکاران نیز دریافتند زنانی که در دوران بارداری از اطمینان (confidence) پایینی برخوردارند سه برابر بیشتر از زنان با اطمینان بالا در معرض خطر قطع شیردهی در شش ماه اول خواهند بود. همچنین Howard و همکاران بیان می کنند که کولیک نوزادی با خودکارآمدی پایین مادران و مستعد بودن آن ها برای خلق افسرده در ارتباط است (۴۲) در مطالعه مروری Dias و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان افسردگی و شیردهی، افسردگی در زمان بارداری طول مدت شیردهی را کاهش می دهد افسردگی پس از زایمان در تمام مطالعات با طول مدت شیردهی ارتباط دارد. شیردهی عامل واسطه ای میان افسردگی پس از زایمان و بارداری است. افسردگی در زمان بارداری ممکن است منجر به شیردهی کوتاه مدت و افزایش علائم افسردگی پس از زایمان شود (۴۳) همچنین Ystrom (۲۰۱۲) در مطالعه کوهورت ارتباط شیردهی و علائم روانشناختی (اضطراب و افسردگی) اینطور بیان می کند که قطع شیردهی با سطح اضطراب و افسردگی قبل از زایمان ارتباط دارد و اضطراب و افسردگی پس از زایمان قطع شیردهی را می تواند پیش بینی کند. همچنین قطع شیردهی ریسک فاکتورهای اضطراب و افسردگی را افزایش می دهد (۴۴). علل و عوامل بدست آمده در ارتباط با مشکلات شیردهی در این مطالعه مطابق با یافته های و نتایج مطالعات قبلی در ایران می باشد. در مطالعات انجام شده از مهمترین موانع در تغذیه با شیر مادر نارس به دنیا

را بصورت خوابیده آموزش داد... و مراکز مشاوره شیردهی شبانه روزی به صورت حضوری و یا تلفنی (خطوط تماس ویژه)، لازم به ذکر است اگر سیستمی باشد که مادر و پدر را از یک هفته تا ۱۰ روز حمایت کند بسیار موثر خواهد بود.

در طول ۱۰ روز هر نوع مشکلی پیش آید مثل زردی، زخم شدن نوک سینه... پناه بردن به سرشیشه... در این مدت کوتاه اگر مادر و پدر حمایت شوند غالب مشکلات از بین خواهد رفت.

حمایت های آموزشی به مادران پس از زایمان در ایجاد حمایت روانی، اعتماد به نفس بسیار مهم است که باور و اعتماد به نفس یا عبارتی دیگر خودکارآمدی مادران را افزایش می دهد.

آموزش و همکاری پزشکان و پرستاران و کارشناسان کادر درمانی در حمایت از شیردهی مناسب، به ویژه در رابطه با نوک پستان مراقبت و مصرف دارو مادر، ایجاد دوره تخصصی فلو شیر، همه روش ها، خدمات و امکانات بطور دقیق باید تعریف عملیاتی شوند.

فعالیت های زیادی صورت گرفته است متأسفانه این فعالیت ها تکی بوده است باید همه فعالیت ها بصورت گروهی و سیستماتیک انجام گیرد.

در آینده نیازمند تحقیقات بیشتری در کشورمان جهت ارزیابی اثر بخشی مداخلات در سوی مشکلات مطرح شده هستیم.

تشکر و قدردانی:

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران بخاطر بودجه طرح و از سرکار خانم ناهید مستوفی همچنین از کلیه پرسنل بیمارستان ولی عصر (عج) خصوصاً خانم نیایش احسان زاده، خانم معصومه خرسند، خانم هاجر اعلائی، خانم معصومه حصارکی برای کمک در اجرای طرح کمال سپاس و تشکر دارم.

باشند که باید در تحقیقات آینده مورد بررسی قرار گیرد. علیرغم این محدودیت ها نتایج بدست آمده می تواند منابع اطلاعاتی مفید و موثر برای متخصصین بهداشت عمومی و سیاست گذاران با توجه به زمینه بررسی مطالعه در تهران باشد.

نتیجه گیری:

به منظور طراحی استراتژی و راهکارهایی کشوری برای ترویج تغذیه انحصاری شیر مادر در طولانی مدت بنظر می رسد که نیاز به فرهنگ سازی شیردهی از طریق نهاد خانواده و سایر نهادهای اجتماعی موثر باشیم.

یکی از مهمترین نهادهای اجتماعی آموزش و پرورش است که از طریق این نهاد می توان به انتقال آگاهی درباره اهمیت و فواید شیر مادر همچنین انتقال مهارت شیردهی اقدام نمود. آماده سازی مادران آینده برای شیر دهی موفق در مراحل بعدی زندگی امکان دارد اعتماد به نفس آنها را افزایش دهد.

علاوه بر آن رسانه های ارتباط جمعی نقش بسیار پررنگی در انتقال اطلاعات به جامعه خصوصاً برای مادران می توانند داشته باشند.

ایجاد نگرش و باور شیردهی در مادرها از عوامل بسیار مهم در این حوزه تخصصی می باشد.

وقتی مادری به فرزندش شیر می دهد این احساس باید در او ایجاد شود که بسیار توانمند است و دارای توانایی مادری است که زایمان طبیعی می کند می بایستی احساس غرور کند که سزاین نکرده و این توانایی را داشته است بایستی این باور، نگرش و حس بالندگی را در مادران ایجاد کنیم.

اگر این حس ایجاد شود تمام تلاش را مادر انجام می دهد که به فرزندش شیر دهد.

همچنین سیاست های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه باید طوری برنامه ریزی گردد که از مادران شیرده حمایت گردد بعنوان مثال ارائه خدمات مرخصی زایمان طولانی مدت به مادران، ارائه خدمات مراقبتی در محل کار به مادران شیرده، ارائه کلاس های رایگان شیردهی که از امکانات لازم برخوردار باشد مثلاً بتوان به مادر نحوه شیر دادن

آمدن کودک، اشتغال مادر بیرون از منزل، ناکافی بودن شیر مادر، امتناع کودک از تغذیه با شیر مادر، مصرف قرص های ضدبارداری، مصرف شیر خشک، نگرش مادر نسبت به شیردهی، درد نوک پستان، عدم کفایت مصرف انرژی در مادران شیرده به ویژه در مادران کم وزن و خانه دار، خودکارآمدی پایین یا عدم آگاهی مادران از نحوه صحیح شیردهی، عوامل نوزادی (مانند دل درد یا کولیک نوزادی، زردی نوزاد و وزن کم هنگام تولد)، عدم افزایش وزن شیرخوار، نوع زایمان، چند قلویی، عوامل روانشناختی (استرس درک شده بالا) اضطراب و افسردگی، عنوان شده است (۴۵-۵۵). در مطالعاتی که در سایر کشورها انجام گرفته است ناکافی بودن شیر مادر، افزایش وزن مادر، نگرش های نادرست به شیردهی، عدم اعتماد به نفس در توانایی شیردهی، مشکلات اوایل شیردهی، تحصیلات کمتر مادران و پدران، نشانه های افسردگی مادران، محرومیت از خواب، خستگی، استرس، مشکلات اشتغال مادر، پشتیبانی ناکافی خانواده، عدم مشاوره های حرفه ای و عدم حمایت پدر از موانع موفقیت تغذیه با شیر مادر شناخته شده است (۵۶-۶۵).

نوک دردناک سینه، ناکافی بودن شیر مادر و مشکلات گرفتن نوک سینه و مکیدن درست آن (latching) این سه مورد از عمده ترین و شایع ترین مشکلات زنان در شیردهی به نوزادانشان بوده است.

علاوه بر آن ویژگی های شخصیتی مادر و همچنین حمایت معنوی و جسمی خانواده ها و دوستان و افراد متخصص و پزشکان در کلینیک تغذیه با شیر مادر از مهمترین عوامل تاثیرگذار مثبت بر تجربه تغذیه با شیر مادر عنوان شده است (۶۶).

در ارتباط با عوامل مرتبط با تداوم تغذیه با شیرمادر، بررسی و مطالعه ما فقط در بیمارستان دولتی و مراکز بهداشتی که مادران از طبقات متوسط جامعه بودند و همچنین در کلان شهر تهران اجرا گردید.

از اینرو زنان با طبقات اجتماعی و اقتصادی متفاوت و همچنین زنان در مناطق روستایی و حتی در شهر های کوچک و بزرگ کشور ممکن است احساسات و تجربیات متفاوتی داشته

- Indicators for assessing infant and young child feeding Practices Part 1 Definitions. [http://whqlibdoc.who.int/publications/9789241596664/2008_eng.pdf] website
- 26 Yaghini O, Khomeh S, Danesh F, Modaresi MR, Saneian H. Investigation about Involved Factors in Breast Feeding. Journal of Isfahan Medical school. 1139-1126 : (17)28;2011. (Persian).
- 27 Islami Z, Fallah R, Golestan M, Shajaree A. Relationship between Delivery Type and Successful Breastfeeding .Iran J Pediatr. 51 :(1)18 ;2008. (Persian).
- 28 Zare P A, Sayadi M, Moradi F, Mohammadi S. Pattern of complete waening and its related factors in fars province. .Journal of Jahroum university of Medical Sciences. 37-31:(2)11 ;2013. (Persian).
- 29 Khabazekhab M, Fotohy A, Magdy M, Morady A, Gavahrforoshzadeh A, Haerykermany Z, etal. Exclusive breast feeding and influencing factors in children Referred to health centers in Mashhad. Journal of Epidemiology. -53 :(4) 3 ;2007 45. (Persian).
- 30 Salehi Nia H, Sabet Birjandi S. Do cream Calendit – E decrease pain in breast mothers breastfeeding? Modern Care Journal. 92-91 : (2)10;2013. (Persian).
- 31 Kazemirad M, Khodakarami N, Kazemi M, Salamzadeh J, Nasiri N , Moattar. F. Comparison between Calendit-E cream and expressed breast milk in nipple pain treatment in breastfeeding women. Modern care j .207-199 :(3)9 ;2013(Persian).
- 32 Ghaffari V, Vhidshahi K, Parvinnajad N, Ghavanchzadeh TM. Assessment of mother's attitude and knowledge toward exclusive breast feeding sari, 2007. Jornal of Jahrom University Medical Science. 61-53 :(1)7;2009 (Persian).
- 33 Alaie N, Faghihzadeh S. Relationship of Mother Factors with Mothers' Attitude about Breast Feeding Daneshvar Medicine. 40-31:(74)15 ;2007. (Persian).
- 34 Kordi M , Bakhschi M, Tara F , Mokhber N, EbrahimZade S. The effect of midwife's supportive care during labor on exclusive breastfeeding in primipara women Birjand University of Medical Sciences .86-79 :(2)17;2010 (Persian).
- 35 Imani M , Mohammadi M, Rakhshani F, Shafie S. Breast feeding and its related factors in Zahedan. Feyz. -26 : (2)7;2003 33 (Persian).
- 36 Almasi H , Saberi HR , Moravveji AR. The pattern of exclusive breast feeding in neonates under healthcares in health centers of Kashan city during 2006. Feyz. 168-163:(2)14;2010. (Persian).
- 37 Naser-pur F , Nouhjah S , Sharifat R . Pattern of exclusive breastfeeding of Beirut. LMJ. 89-84:(2)45 ;1997.
- 13 Al-Sahab B, Tamim H, Mumtaz G, Khawaja M, Khojali M, Afifi R, Nassif Y, Yunis KA, For the National Collaborative Perinatal Neonatal Network (NCPNN): Predictors of breastfeeding in a developing country: results of a prospective cohort study. Public Health Nutr .1356-1350:(12)11 ;2008.
- 14 Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In The Qualitative Researcher's Companion. Edited by: Micheal Huberman, Matthew B Miles. Sage Publications: Thousand Oaks; 329-2002:305.
- 15 World Health Organization (WHO): Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 Definitions. [http://whqlibdoc.who.int/publications/9789241596664/2008_eng.pdf].
- 16 Foster SF, Slade P, Wilson K. Body image, maternal-fetal attachment and breastfeeding. J Psychosom Res. ;1996 184-181:(2)41.
- 17 Barnes J, Stein A, Smith T, Pollock JI. Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast-feed. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. J R Soc Med. ;1997 559-551: (10)90.
- 18 Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. Pediatrics. 5)106 ;2000):e67.
- 19 Manhire KM, Hagan AE, Floyd SA. A descriptive account of New Zealand mothers' responses to open-ended questions on their breast feeding experiences. Midwifery. -372:(4)23 ;2007 381.
- 20 Kools EJ, Thijs C, Kester ADM, de Vries H. The motivational determinants of breast-feeding: predictors for the continuation of breast-feeding. PrevMed. 401-394:(5)43 ;2006.
- 21 Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. Midwifery .-187:(2)25 ;2009 194.
- 22 Huang PH, Chen CH, Wang HH. The comparison of breastfeeding attitude and social support among pregnant women choosing different feeding methods. J Nurs Res. 8:395 ,2000.
- 23 . UNICEF. Breastfeeding information in Iran. Available from http://www.unicef.org/iran/ifa/media.html. Accessed: Aug 2006 ,20.
- 24 http://pajohesh.nashriyat.ir/node/62
- 25 World Health Organization (WHO): منابع:
- 1 Molbak K, Gottschau A, Aaby P, Hojlyng N, Ingholt L, Da Silva APJ. Prolonged breastfeeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. BMJ.)308 ;1994 6-1403:(6)941.
- 2 WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality: Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: apooled analysis. Lancet. 455-451:(9209)355 ;2001.
- 3 Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Assess. -1:(153) ;2007 186.
- 4 Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuk D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovitch N, Ovchinnikova L, Helsing E, PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial): Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. ;2001 20-413:(4)285.
- 5 Kramer MS: "Breast is best": the evidence. Early Hum Dev. ;2010 732-729 :(11)86.
- 6 www.breastfeeding.blogfa.com/post-17.aspx
- 7 World Health Organization (WHO) and UNICEF: Revised Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF Geneva, Switzerland. World Health Organization; 1996.
- 8 Ministry of Public Health, Lebanese Republic: National Perinatal Survey 10 ,1999.
- 9 Batal M, Boulghourian C: Breastfeeding initiation and duration in Lebanon: are the hospitals "Mother Friendly"? J Pediatr Nurs .59-53:(1)20 ;2005.
- 10 Ministry of Social Affairs: Pap Child Survey 1996.10. Batal M, Boulghourian C, Abdallah A, Afifi R: Breast-feeding and feeding practices in a developing country: a national survey in Lebanon. Public Health Nutr .319-313:(3)9 ;2006.
- 11 World Health Organization (WHO): Global data bank on infant and young child feeding. [http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/lbn.pdf].
- 12 Chakar Rabay H, Sokhn M, Azar M. Breast-feeding practice in a localized area

- Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *J R Soc Med.* ;1997 559-90:551.
- 61 Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mothers perception of fathers attitude and milk supply. *Pediatrics.* 5)106 ,2000):e67.
- 62 Manhire KM, Hagan AE, Floyd SA. A descriptive account of New Zealand mothers' responses to open-ended questions on their breast feeding experiences. *Midwifery.* -372:(4)23 ;2007 381.
- 63 Kools EJ, Thijs C, Kester ADM, de Vries H. The motivational determinants of breast-feeding: predictors for the continuation of breast-feeding. *Prev Med.* 401-394:(5)43 ;2006.
- 64 Barona-Vilar C, Escribá-Aglir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery.* -187:(2)25;2009 194.
- 65 Huang PH, Chen CH, Wang HH. The comparison of breastfeeding attitude and social support among pregnant women choosing different feeding methods. *J Nurs Res.* ;2000 -66 .8:395 Caroline Lamontagne1, Anne-Marie Hamelin and Monik St-Pierre1 .The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study. *International Breastfeeding Journal.* 3:17 ;2008 doi:17-3-4358-1746/10.1186 .The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/17/1/3>.
- exclusive breastfeeding in children below six months old, in Kerman city during 2009 -2008. *Journal of Fasa University of Medical Sciences (JFUMS).* :(1)1 ;2011 52-45.(Persian).
- 50 syfi S, Fathi A, Valadini P. A study on the causes of the defeat of the mothers in breastfeeding children less than one year in the city of Ardabil. *Iranian Journal of Pediatrics:* 2002; Attach number 13.(Persian).
- 51 Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. Breastfeeding Self Efficacy and Perceived Stress in Primiparous Mothers . *Iran Journal of Nursing (IJN)* .23-9 :(54)21 ;2008 .(Persian).
- 52 Almasi H, Saberi HR, Moravveji SAR. The pattern of exclusive breast feeding in neonates under health cares in health centers of Kashan city during 2006. *Feyz (Journal of Kashan University of Medical Sciences)* . -163 :(2)14 ;2010 168.(Persian).
- 53 Mohsenzadeh A , Mardani M, Shahkarami K, Ebrahimzadeh F. Investigate the causes of failure of exclusively with breast milk for infants in the first 6 months of life in the urban centers of the therapeutic health of Khorramabad in 1385. *Yafte journal of medical sciences (YJMS).* :(1)10 ;2008 61-55.(Persian).
- 54 Ghotbi F. Comparison between breastfeeding in employed and unemployed women. *Pejouhesh dar Pezeshki.* 164-159 :(2)32 ;2008. (Persian).
- 55Hajiyan K. A study on the pattern of breastfeeding mothers in the city of Babul. *Pejouhesh dar Pezeshki.*:(2)25 ;2001 211-205. (Persian).
- 56Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics.* 1)112;2003 Pt 15-108:(1).
- 57 Susin LR, Giugliani ER. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. *J Hum Lact.* 92-386:(4)24;2008.
- 58 Vaughn LM, Ireton C, Geraghty SR, Diers T, Niño V, Falciglia GA, Valenzuela J, Mosbaugh C. Sociocultural influences on the determinants of breast-feeding by Latina mothers in the Cincinnati area. *Fam Community Health.* 28-318:(4)33;2010.
- 59 Foster SF, Slade P, Wilson K: Body image, maternal-fetal attachment and breastfeeding. *J Psychosom Res.* ;1996 184-41:181.
- 60 Barnes J, Stein A, Smith T, Pollock JI: Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast-feed. *ALSPAC Study Team* and related factors in children attending health centers of Omidieh city in 2010. *Jentashapir Journal of Health Research.*124-118:(3)2;2012. (Persian).
- 38 McDonald SD, Pullenayegum E, Chapman B, Vera C, Giglia L, Fusch C, et al.Prevalence and predictors of exclusivebreastfeeding at hospital discharge. *Obstet Gynecol.* 9-1171:(6)119;2012.
- 39 Hajian K. Prevalence of exclusive breast feeding and influencing factors in urban and rural population of Babol in 1998. *Mazandaran University.*:19 ;1998 17-12. (Persian)
- 40 Anaraki A, Mohamadi Z, Dehghan A, Zafarmand M. Determination of effective factors in breast feeding continuity for infants less than 1 year old in urban area of bushehr .*Iranian south province medical Journal.* 53-45 :4 ;2005. (Persian).
- 41 Mohsenzadeh A. Mardani M. Investigation of failure in exclusive breast feeding in the first 6 months of life, infants are referred to health centers - the city of Khorramabad in 2006. *Yafteh.* 63-55:(1)10;2008. (Persian).
- 42 Mehrparvar S ,varaeneen M . Investigation or Decreasing Causes or Exclusive Breastfeeding in Children Below Six months Old, in Kerman City. *Journal of Jahroum university of Medical Sciences.* 51-45 :(2)11 ;2013. (Persian).
- 43 Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* ;2014 154-142:(171)28.
- 44 Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012 ; May 12:36;23.
- 45 Jafari Asl M, Fadakar Sogheh R, Ghavi A, Ahmad Shear bafi M. Related factors to continued breastfeeding in infants .*Holistic Nursing and Midwifery Journal Guilan university of Medical sciences.*8-1:(72)24;2014. (Persian).
- 46 Abedini Z, Ahmari Tehran H , Khorrami Rad A. Calorie Intake and the Related Factors in Lactating Mothers Referring to Health Centers. *J Mazandaran Univ Med Sci.* :(86)21 ;2012 278-271. (Persian).
- 47 Rahmatnejad L , Bastani F . Factors Associated with Discontinuation of Exclusive Breast Feeding by First Time Mothers. *Iran Journal of Nursing (IJN)* . 53-42 :(71)24 ;2011. (Persian).
- 48 Naser-pur F , Noughjah S , Sharifat R. Pattern of exclusive breastfeeding and related factors in children attending health centers of Omidieh city in 2010. *Jentashapir.* 124-118:(2)3 ;2012. (Persian).
- 49 Mehrparvar Sh , Varzandeh M. Investigation of decreasing causes of

آناتومی و فیزیولوژی شیر دهی:

نویسنده: دکترها افشاریانی

در شیر دهی طبیعی دو عامل برای گرفتن شیر از پستان و رساندن آن به کودک نیاز می باشد:

پستان که تولید و ترشح شیر را به عهده دارد و شیر خوار که قادر است شیر را از پستان با مکیدن موثر تخلیه کند، شیوه ای که شیر خوار به پستان وصل می شود و ارتباط می یابد، چگونگی موفقیت این دو عامل را تعیین می کند.

اگر شیر از پستان تخلیه نشود شیر بیشتری تولید نمی شود. قسمتهایی از پستان که در شیر دهی دخالت دارد:

- نوک پستان: (nipple)

- هاله تیره اطراف: (areola)

آرئول که شیر خوار باید قسمت زیادی از آرئول را در دهان قرار دهد. در هاله پستان غدد مونتگومری (Montgomery glands) وجود دارد که مایع روغنی جهت سالم نگه داشتن پوست ناحیه هاله پستان را تولید می کنند.

این غدد منبع تولید رایحه و بوی مادر نیز بوده که این رایحه به شیر خوار کمک می کند تا پستان مادر خود را تشخیص دهد.

درون پستان که شامل قشمت های زیر می باشد:

۱- چربی و بافت همبند وجود دارد که اندازه و شکل پستان ها به آن بستگی دارد.

۲- اعصاب که پیامها را از پستان به مغز منتقل کرده تا آزاد سازی هورمون های مربوط به شیردهی را تحریک نماید.

۳- محفظه های کوچک سلول های تولید کننده شیر یا آلئول ها که شیر تولید می کنند.

۴- مجاری شیر که شیر را به نوک پستان منتقل می کند، کودک باید

پستان را با روش صحیح به دهان گیرد تا بتواند مجاری شیری که زیر هاله پستان می باشند جهت تخلیه موثر شیر تحت فشار قرا دهد.

۵- در اطراف هر آلئول عضلات کوچکی قرا دارند که انقباض آنها شیر را وارد مجاری می کند همچنین شبکه ای از عروق خونی در اطراف آلئول وجود دارد که مواد غذایی را جهت تولید شیر به سلول ها می رساند.

باید به مادران اطمینان که میزان شیری که تولید می شود به اندازه پستان بستگی ندارد. ممکن است پستان های کوچک قادر به ذخیره کردن میزان شیر مساوی یا پستان های بزرگتر نباشند ولی مقدار شیر تولید شده در طول یک روز به اندازه مقدار شیر تولید شده از پستان های بزرگتر می باشد. لذا کودکان مادران با پستان های کوچک ممکن است به وعده های بیشتر شیردهی نیاز داشته باشند. اولین مراحل تولید شیر تحت کنترل هورمون ها و عوامل شیمیایی موجود در خون می باشد.

دوهورمون پرولاکتین (prolactin):

واکسی توسین (oxytocin) موجب تولید و ترشح شیر می شوند، تحت تاثیر پرولاکتین پستان ها شروع به تولید مقادیر بیشتر شیر می کنند، معمولا ۳۰ تا ۴۰ ساعت بعد از تولد طول می کشد تا حجم زیاد شیر تولید شود. البته تا قبل از آن از بدو تولد کلاستروم وجود دارد.

Prolactin: پرولاکتین هورمونی است که باعث تولید شیر توسط آلئول ها می شود.

پرولاکتین بعد از آنکه شیرخوار از پستان شیر خورد، فعالیت می کند تا پستان برای وعده های بعدی شیر تولید کند، پرولاکتین مادر را خواب

آلوده و relax می نماید. پرولاکتین از ۲ ساعت اول بعد از تولد سطح آن بالا می رود در شب نیز سطح آن بالا است. بنابراین شیردهی در شب امکان ترشح بیشتر پرولاکتین را فراهم می کند، این هورمون باعث مهار ovulation و قطع عادت ماهیانه پس از زایمان نیز می شود.

Oxytocin: اکسی توسین باعث انقباض سلول های ماهیچه ای اطراف آلئول myoepithelialcells شده و باعث جاری شدن شیر از مجاری می شود. این امر که جهت رسیدن شیر از پستان به شیرخوار ضروری است رفلکس اکسی توسین یا جهش شیر یا جاری شدن شیر نامیده می شود مه ممکن است چندین بار در طی شیردهی رخ می دهد.

زمانی که شیربه بیرون می جهد ریتم مکیدن شیرخوار از سریع به مکیدن آهسته و عمیق تغییر می کند (یکبار مکیدن در ثانیه) و شیر را بلع می کند.

نگاه کردن به کودک، شنیدن صدای کودک، لمس کردن و فکرهای محبت آمیز به کودک، احساس خوب مادر به هنگام شیر دادن به رفلکس اکسی توسین کمک می کند. اضطراب، درد یا شک و تردید رفلکس اکسی توسین را به تاخیر می اندازد. ترشح اکسی توسین می تواند به طور موقت با درد شدید نظیر ترک نوک پستان، بخیه های عمل سزارین، نیکوتین و الکل مهار شود.

نحوه صحبت کردن با مادر شیرده برای کودک به جریان شیر وی مهمی باشد مهارت در ارتباط برقرار کردن با مادر و مشاوره نیز امری ضروری می باشد، اگر مادر در مورد کافی بودن شیر خود نگران باشد این نگرانی ترشح اکسی توسین

را تحت تاثیر قرار می دهد.

مقدار شیر تولید شده به میزان تخلیه پستان ها نیز بستگی دارد برای اطمینان از تولید فراوان و کافی شیر باید شیر از پستان ها به میزان کافی تخلیه شود.

معمولا زمانی که شیرخوار تنها از یک پستان شیر می خورد گاهی از اوقات شیر در یک پستان تولید می شود ولی در دیگری تولید نمی گردد. زیرا شیر حاوی یک مهارکننده است که می تواند تولید شیر را کاهش دهد اگر شیر از پستان تخلیه نشود و پستان ها پر باشد این فاکتور مهارکننده تولید شیر را کاهش می دهد اگر پستان از شیر تخلیه شود سطح مهار کننده پایین می افتد و تولید شیر افزایش می یابد بنابراین مقدار شیری که تولید می شود بستگی به میزان شیر تخلیه شده دارد، جهت جلوگیری از فیدبک مهارکننده تولید شیر باید شیرخوار به خوبی و با روش صحیح به پستان اتصال یابد و به وی اجازه داده شود که تا هر زمانی که دوست دارد از پستان شیر بخورد و دفعات شیردهی را افزایش داد. در هر وعده شیردهی کودک باید پستان اول را تخلیه کند و سپس پستان دوم را بگیرد.

اگر شیر خوار پستان را نمی مکد باید مادر شیر را بدوشد تا تولید شیر ادامه یابد.

نقش کودک در انتقال شیر: پستان مکیدن (sucking) شیرخوار تولید پرولاکتین، رفلکس اکسی توسین و برداشتن مهار کننده در شیر را کنترل می کند برای اینکه مادر شیر مورد نیاز شیرخوار را تولید کند کودک باید به دفعات و به شکل صحیح پستان را بمکد.

اتصال خوب و ضعیف شیرخوار به پستان:

(good and poor attachment)

در اتصال خوب شیرخوار به پستان، نوک پستان و هاله اطراف آن (areola) به طرف بیرون کشیده می شود تا در دهان شیرخوار یک سرپستان دراز (long teat) ایجاد شود، بدین ترتیب مجاری بزرگ که در زیر هاله پستان قرار دارند در دهان کودک قرار می گیرد، زبان شیرخوار رو به جلو بر روی لثه پایینی قرار می گیرد بنابراین می تواند شیر را با فشار از پستان خارج کند این عمل را شیرخوارگی (sucking) می نامند. با اتصال خوب (good attachment) کودک به راحتی می تواند شیر در یافت کند.

در اتصال ضعیف (poor attachment) نوک پستان و هاله اطراف آن به شکل صحیح در دهان شیرخوار قرار نگرفته و مجاری شیری در دهان شیرخوار نمی باشد. زبان شیرخوار در دهان به سمت عقب رفته و کودک نمی تواند شیر را با فشار از پستان خارج کند. مکیدن نوک پستان به تنهایی برای مادر دردناک می باشد و شیرخوار نمی تواند شیر کافی در یافت کند.

چگونه می توان تشخیص داد که اتصال شیرخوار به پستان به خوبی صورت گرفته است یا ضعیف می باشد؟

اتصال خوب (good attachment):

- دهان شیرخوار کاملا باز است
- لب پایینی به طرف بیرون برگشته است
- چانه کودک با پستان مادر تماس دارد یا بسیار نزدیک به آن است
- قسمت بالایی هاله پستان بیشتر از

قسمت پایینی آن دیده می شود. اگر تمام نشانه های فوق را دیدیم بنابراین شیرخوار به خوبی به پستان مادر متصل شده است بنابراین برای مادر نیز شیردهی بدون درد و با راحتی صورت می گیرد و شیرخوار شیر کافی دریافت می کند.

اتصال ضعیف (poor attachment):

- دهان شیرخوار کاملا باز نیست
- لب پایینی جلو آمده و یا به داخل برگشته است
- چانه شیرخوار از پستان مادر دور است
- قسمت بیشتری از هاله پستان در زیر دهان شیرخوار قرار گرفته است.

وضعیت قرار گرفتن مناسب و صحیح بدن شیرخوار و مادر (positioning):

برای این منظور روش های مختلفی وجود دارد:

در روش اول (روش گهواره ای cradle) که معمولی ترین روش شیر دادن است مادر، نوزاد را طوری در آغوش می گیرد که شانه نوزاد روی خم آرنج و سرش روی بازوی مادر قرار بگیرد. صورت نوزاد مقابل پستان مادر و سر و بدنش در یک امتداد واقع شوند. دست نوزاد که در تماس با بدن مادر است در پهلو مادر قرار بگیرد (نه بین نوزاد و بدم مادر) و باسن نوزاد در آغوش مادر باشد و با کف دست ان را بگیرد.

بعد از قرار گرفتن مادر در وضعیت راحت و در آغوش کشیدن نوزاد مادر می تواند با انگشتان شست و اشاره دست به شکل (C) پستان خود را بگیرد و نوک پستان را به گونه و لب نوزاد بمالد تا نوزاد با رفلکس طبیعی دهان خود را باز کند.



بررسی فراوانی امتناع شیرخوار از تغذیه با شیرمادر وعلل آن در شیرخواران ۶ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شرق تهران

مواد و روش ها:

در این مطالعه برآن شدیم تا به بررسی امتناع از شیرمادر در شیرخوارانی که برای واکسیناسیون ۶ ماهگی به مراکز بهداشتی توسط والدین آورده می شدند بپردازیم. پرسشنامه ای شامل سؤالات در مورد سن دقیق امتناع شیرخوار از شیرمادر، علل امتناع، مشخصات مادری، سوابق بارداری و زایمان مادر، آموزش های حین بارداری، بیماریهای زمینه ای مادر، مشخصات نوزاد، بیماری نوزاد تهیه شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل شیرخواران دارای ناهنجاری های مادرزادی، سابقه نارسی و وجود بیماری های زمینه ای شیرخوار بودند. پس از آگاهی دادن به مادران در مورد تحقیق، حدود ۱۷۵ شیرخواری که سن حدود ۶ ماه داشتند و جهت واکسیناسیون ۶ ماهگی آورده شده بودند وارد مطالعه شدند. برای تمامی ۱۷۵ شیرخوار پرسشنامه پر شد و از میان آنان مواردی که امتناع از شیرمادر داشتند با بقیه مقایسه شدند. پرسشنامه ها توسط کارشناسان و همکاران مراکز بهداشتی پس از کلاس های توجیهی برای آنان، براساس گفته و قضاوت مادر پر شدند. اطلاعات پس از جمع آوری بوسیله نرم افزار SPSS v16 مورد آنالیز آماری قرار گرفت. برای داده های کمی از t-test و برای داده های کیفی از آزمون χ^2 (Chi-square) جهت تحلیل آماری استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ برای متغیرهای سنجیده شده، در نظر گرفته شد.

نتایج:

فراوانی امتناع از شیر خوردن در شیرخواران در سن ۶ ماهگی حدود ۴۱ نفر (۲۴٪) بود. میانگین سن امتناع حدود $۵/۲۸ \pm$ ماه با بازه سنی بین دو تا ۶/۵ ماه بود. جدول ۳، رابطه امتناع و برخی عوامل تاثیر گذار را نشان می دهد. میان امتناع شیرخوار از شیرمادر با سن حاملگی، نوع زایمان، آموزش شیردهی در دوران

Breast Cancer در مادران، شیردهی برای مادران نیز بدون فایده خواهد بود. علل مختلفی برای امتناع کودک (شیرخوار) از پستان مادر وجود دارد. علل احتمالی آن: درد که ناشی از آسیب های نوزادان پره مچور و نیز در زایمان سخت دیده می شود. Oral aversion. امتناع نوزاد در قرار دادن هر چیزی در داخل دهانش می باشد که علل آن را ساکشن عمیق که باعث اختلال در تنفس نیز شده است ذکر می کنند. بیماری های متفاوت در نوزادان شامل:

- **Reflux:** عفونت گوارشی که درد ایجاد کند.
- **Colic:** به علت هضم ناقص و سیستم عصبی نابالغ ...
- حساسیت های غذایی می باشد، اما گاهی ابتدا شیردهی موفق وجود داشته، بعد از مدتی اختلالات صورت گرفته است. علل حالت نیز موارد دیگری ذکر شده است: O طعم شیر به علت مصرف برخی مواد و داروها توسط مادر **Sore mouth** در دهان به علت آسیب های دهانی O بیماری: انواع بیماری ها می تواند برای یک مدت باعث امتناع نوزاد از شیرخواری شود. مثل عفونت گوش، گلودرد ... اختلال جریان شیر: اگر جریان یا میزان شیر مادر کم شود می تواند عامل اجتناب شیرخوار از گرفتن Breast مادر شود. به علت اینکه شیر مادر یک ماده بسیار مفید در رشد نوزاد و کودک دارد، همچنین می تواند برای مادر نیز اثرات بسیاری داشته باشد و در ضمن هنوز در کشور ما علت عدم شیردهی مناسب مشخص نشده است و اینکه به درستی نمی دانیم علت اغلب امتناع های شیرخواران در گرفتن Breast مادر جهت شیردهی چیست تا بتوان اقدامات مناسبی در این زمینه انجام داد. بر آن شدیم تا دلایل اصلی این رخداد را پیدا کرده تا بلکه از آن جلوگیری شود.

مجریان: دکتر حسین دلیلی، دکتر فاطمه نیری، دکتر مامک شریعت

شیر یک ماده مغذی برای نوزادان و شیرخواران به شمار می رود. اولین شیر کلاستروم است. کلاسترم بسیار غنی تر از انواع شیرهای بعد مادر است (از نظر K, Na و کلراید، پروتئین، ویتامین های محلول چربی و مواد معدنی) و از نظر لاکتوز و چربی کمتر از شیر mature مادر است. یک منبع غنی از IgM و IgA، IgG می باشد که البته باید توجه داشت که تمام این مواد در شیر مادر وجود دارد. البته میزان آن در دوره های مختلف متفاوت است و باید در نظر گرفت که شیر مادر مزایای فراوانی دارد که یکی به علت وجود آنتی بادی های محافظ بدن برای نوزاد است. همه ویتامین های لازم برای شیرخوار تأمین می شود (در صورت قرارگیری در معرض نور Vitamin D هم تأمین می گردد). وجود موکوس در شیر هم از وجود باکتری ها برای ایجاد عفونت در شیرخوار جلوگیری می کند. برای مادر نیز مزایایی دارد. حاملگی مجدد را به تأخیر می اندازد، در برخی تحقیقات دیده شده است که سرطان Breast تخمدان را کم می کند و مهمترین قسمت آن ایجاد رابطه عاطفی بین نوزاد و مادر و تحکیم این ارتباط می شود. با توجه به مواد موجود در شیر مادر باید توجه داشت که به توجه به توصیه های WHO و UNICEF تغذیه انحصاری با شیر مادر از اهمیت زیادی برخوردار است. مهمترین آن جلوگیری از ایجاد بیماریهای عفونی در دستگاه گوارش است که همین موضوع موجب شده است که این روند تغذیه در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته ترویج پیدا کند. همچنین این نوع تغذیه ریسک مرگ و میر به علت اسهال یا عفونت های مختلف را در نوزادان به میزان زیادی کاهش داده است و با توجه به کاهش ریسک ابتلا به

بارداری و بیماری زمینه ای مادر ارتباط معنی داری وجود نداشت. اما بین امتناع و سطح تحصیلات مادر ارتباط معنی دار دیده شد. بدین معنی که در گروهی که بالاتر از دیپلم تحصیلات دارند میزان امتناع از شیر خوردن بیشتر می شود. بین امتناع از شیر خوردن و شاغل بودن مادر هم ارتباط معنی دار بود. بدین معنی که میزان امتناع در مادران شاغل بطور معنی داری بیش از افراد غیر شاغل بود.

در میان علل امتناع شیرخواران بر اساس گفته مادران بازیگوشی شیرخوار در ۵۰٪ - گرفتگی بینی در ۳۱٪ - درد محل واکسن در ۱۹٪ - نوک سینه صاف در ۱۴/۳٪ - احتقان پستان در ۱۱/۹٪ - صدمات زایمانی در ۹/۵٪ و دندان درآوردن در ۴/۸٪ ذکر شده

بحث: عوامل موثر بر امتناع شیرخوار از شیر خوردن را می توان در سه دسته عوامل مدیکال مانند بیماریهای مادر و شیرخوار، عوامل روانی مانند بازیگوشی شیرخوار و عوامل اجتماعی مانند جدایی مادر و شیرخوار تقسیم کرد. مطالعه حاضر بیشترین عامل را علت روانی (بازیگوشی شیر خوار) نشان داد. بسیاری از این علل از موارد موثر در عدم موفقیت تغذیه انحصاری با شیر مادر هم محسوب می شوند.

در مطالعه ما علل امتناع تا شش ماهگی براساس گفته مادر به ترتیب عبارت بودند از: بازیگوشی شیرخوار، گرفتگی بینی، درد پس از واکسن، نوک سینه صاف، احتقان پستان، صدمات زایمانی، دندان درآوردن شیرخوار. علت آنکه مطالعه ما شیرخواران شش ماهه را مورد بررسی قرار داد به دلیل اهمیت بسیار زیاد تغذیه انحصاری با شیرمادر تا شش ماهگی می باشد. علل امتناع شیرخواران شیرمادرانظر WHO به چهار قسمت عمده قابل تقسیم است که عبارتند از: ۱- بیماری یا درد، ۲- اشکال در تکنیک شیردهی، ۳- تغییر در وضعیت شیرخوار، ۴- امتناع واقعی که در هر گروه دلایل متنوعی وجود دارد. که علل یافت شده در مطالعه ما نیز در گروه های چهارگانه WHO قرار می گیرند. دلیل آنکه که برخی از علل امتناع از شیرگزارش شده توسط سازمان بهداشت جهانی در مطالعه ما به دست نیامده، احتمالاً آن است که در گزارش سازمان بهداشت جهانی امتناع در کل دوره شیرخواری بررسی شده است. امتناع از شیرمادر اغلب همان طور که

ناگهانی ایجاد می شود می تواند با درک جدیدی از ارتباط و درک احساسات یکدیگر طور ناگهانی نیز بهبود می یابد. در مطالعه Li R شیوع خودداری از شیرمادر را در بین شیرخواران زیر یکسال ۴۷،۳٪ گزارش کرده است که در مطالعه ما شیوع ۲۴٪ بدست آمد که این تفاوت می تواند به علت تفاوت سنی شیرخواران در این دو مطالعه باشد. در سن ۴ ماهگی شیرخواران دیگر مثل قبل در هنگام شیر خوردن روی صورت مادر متمرکز نمیشوند و دچار حواس پرتی میشوند و صورت خود را به اطراف میچرخانند. در مطالعه ما هم بیشترین علت امتناع بازیگوشی نوزاد به دست آمد. این واکنش در برخی مادران بخصوص مادران جوان و نخست زای القا کننده عدم تمایل نوزاد و امتناع او از شیر خوردن است. در مطالعه دیگری علل امتناع به طور کلی شامل درد، مشکلات پستانی، مشکلات دهان شیرخوار، نارسی، ریفلکس، کولیک-الرژ، شکاف کام و گره زیر زبان عنوان شده است که قابل ذکر است که نارسی و ناهنجاری های مادرزادی از معیارهای خروج از مطالعه ما بوده است. در مطالعه ای از هرپس پستان به عنوان عامل امتناع ذکر شده است که در مطالعه ما هیچ یک از مادران هرپس فعال یا سابقه آن را نداشتند. در مطالعه ما میزان امتناع در مادران شاغل بطور معنی داری بیش از افراد غیر شاغل بود که به نظر می رسد با تغییر وضعیت مراقبت شیرخوار قابل توجیه باشد. در فرانس WHO نیز، از علل ذکر شده امتناع در شیرخوار ۱ تا ۱۲ ماهه جدایی شیرخوار از مادر و وجود مراقب یا مراقبان جدید شیرخوار ذکر شده است. بین امتناع و سطح تحصیلات مادر ارتباط معنی دار دیده شد. در گروهی که بالاتر از دیپلم تحصیلات دارند میزان امتناع از شیر خوردن بیشتر می شد که احتمالاً به این دلیل است که در گروه دارای تحصیلات بالاتر میزان اشتغال بالاتر بود. علل امتناع با آموزشهای مناسب به مادر قابل پیشگیری می باشند. بطور مثال آموزش مادران از دوران بارداری در مورد نحوه برخورد با مشکلات پستانی - بیماریهای مادر و نوزاد - عوامل روانی و رفتاری نوزادان - ویزیت های پس از زایمان در منزل به افزایش دوره شیردهی در شیرخواران دچار امتناع کمک می کند. برای موفقیت شروع و حفظ تغذیه با شیر مادر برای

مدت زمان طولانی، سازمان بهداشت جهانی روش هایی برای موفقیت در تغذیه با شیر مادر توصیه نموده است از جمله اجتناب از نوک پستان مصنوعی یا پستانک برای نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می شوند. ارائه پستانک به جای پستان برای آرام کردن نوزاد ممکن است به کاهش از تغذیه با شیر مادر منجر شود و به عنوان یک نتیجه ممکن است تولید شیر مادر را کاهش می دهد و کوتاه شدن طول مدت تغذیه با شیر مادر را موجب شود.

نتیجه گیری: عوامل موثر در امتناع شیرخوار از شیر مادر متنوع است. به نظر می آید غالب آنها با شناسایی علل مرتبط و آموزشهای صحیح و بموقع از جمله تغذیه در سکوت و بدون استرس و نیز افزایش در آغوش گرفتن و تماس پوست به پوست قابل پیشگیری خواهند بود. و مطالعات آینده در این زمینه توصیه میشود.

پیشنهادات: ارائه طرح های مداخله ای به منظور جلوگیری و درمان امتناع شیرخوار از شیرمادر در آینده.

رفرنس:

- Breastfeeding Handbook for Physicians, American Academy of Pediatrics, c2006, P. 1-106
 2- Available at: <https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/breast-refusal>
 3- Breastfeeding counselling: a training course. Unpublished document WHO/CDR/6±93.3 (UNICEF/NUT/4±93.1), PART TWO, Sessions 16. Available upon request from Health Systems and Community Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
 4- Majmoe amozeshi taghziye ba shire madar, page 2-231&228.
 5- Winchell K. Nursing strike: misunderstood feelings. J Hum Lact. 1992 Dec; 9-217: (4)8.
 6- Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. Pediatrics. 2008 Oct; 122 Suppl 2: S76-69. doi: 10.1542/peds.1315-2008i.
 7- Nelson, Behrman, Kleigman, Arvin. nelson Text book of Pediatrics, Saunders. 2011; P. 46
 8- Available at: <http://www.mobimotherhood.org/mm/article-refusal.aspx>
 9- Mathers LJ, Mathers RA, Brotherton DR. Herpes zoster in the T4 dermatome: a possible cause of breastfeeding strike. J Hum Lact. 2007 Feb; 1-70: (1)23.

جدول ۱- مشخصات مادر

سن (سال)	۳۰/۲±۵/۳۵
(میانگین ± انحراف معیار)	
تحصیلات	
تعداد (درصد)	
- بالای دیپلم	۱۲۲ (۷۰٪)
- زیر دیپلم	۵۳ (۳۰٪)
شغل	
تعداد (درصد)	
- شاغل	۱۰ (۶٪)
- خانه دار	۱۶۵ (۹۴٪)
بیماریهای زمینه ای	
تعداد (درصد)	
- دارد	۲۶ (۱۵٪)
- ندارد	۱۴۹ (۸۵٪)

جدول ۲- مشخصات نوزاد

جنس	
تعداد (درصد)	
- پسر	۸۵ (۴۹)
- دختر	۸۹ (۵۱)
وزن تولد (گرم)	۳۴۴۴/۳۱±۲۳۱/۱۲
(میانگین ± انحراف معیار)	
دورسر (سانتی متر)	۳۴/۷۱±۲/۲۰
(میانگین ± انحراف معیار)	
قد (سانتی متر)	۴۹/۸۰±۲/۴۸
(میانگین ± انحراف معیار)	
سن حاملگی (هفته)	۳۸/۹۸±۱/۳۵
(میانگین ± انحراف معیار)	

جدول ۳- رابطه امتناع با فاکتورهای مؤثر

P. value	امتناع ندارد	امتناع دارد	مشخصات مادر
			تحصیلات
			تعداد (درصد)
۰/۰۱	۴۴ (۸۳٪)	۹ (۱۷٪)	- زیر دیپلم
	۷۸ (۶۴٪)	۴۴ (۳۶٪)	- بالای دیپلم
			شغل
			تعداد (درصد)
۰/۰۴	۱۰۹ (۶۶٪)	۵۶ (۳۴٪)	- خانه دار
	۶ (۶۰٪)	۴ (۴۰٪)	- شاغل
			نوع زایمان
			تعداد (درصد)
۰/۵۸	۹۱ (۷۳٪)	۳۴ (۲۷٪)	- سزارین
	۳۴ (۶۸٪)	۱۶ (۳۲٪)	- واژینال
			بیماری زمینه ای
			تعداد (درصد)
۰/۲۰	۲۰ (۷۸٪)	۶ (۲۲٪)	- دارد
	۱۰۱ (۶۸٪)	۴۸ (۳۲٪)	- ندارد
			آموزش شیردهی
			تعداد (درصد)
۰/۴۵	۹۷ (۷۰٪)	۴۱ (۳۰٪)	- دارد
	۲۹ (۷۸٪)	۸ (۲۲٪)	- ندارد
۰/۰۶	۳۸±۱/۴۵	۳۹±۱/۳۱	سن حاملگی (هفته)
			(میانگین ± انحراف معیار)

CAUSES OF BREAST REFUSAL

*Illness, pain,
or sedation*

Infection
Brain damage
Pain from bruise (vacuum, forceps)
Blocked nose
Sore mouth (thrush, teething)

*Difficulty with breastfeeding
technique*

Bottle feeds, dummies
Not getting much milk
(poor attachment, engorgement)
Pressure on back of head when positioning
Mother shaking breast
Restricting feeds
Oversupply of breastmilk
Difficulty coordinating suckle

*Change which upsets baby
(especially aged
3-12 months)*

Separation from mother
New carer, too many carers
Change in family routine
Mother ill, or mastitis
Mother menstruating
Change in smell of mother

Apparent refusal

Newborn - rooting
Age 4-8 months - distraction
Above 1 year - self-weaning

بررسی رابطه تغذیه انحصاری با شیر مادر و کم خونی فقر آهن در شیر خواران ۹-۶ ماهه استان گیلان در سال ۱۳۹۲

۱. دکتر ستیلا دلیلی ۲. دکتر حسین دلیلی ۳. دکتر محمد عباسی کاکرودی ۴. دکتر فرحناز پاکدامن ۵. دکتر سید محمود رضوانی ۶. دکتر حمید محمدی

بیان مسئله :

مقدمه: ماههای اول تولد، شیر مادر شانس بقا را افزایش می دهد و مرگ میر ناشی از عفونت هایی مثل اسهال و بیماری های تنفسی را کاهش می دهد. (۱) با توجه به تحقیقات قبلی، تغذیه انحصاری با شیر مادر (EBF) در کاهش بیماری های مختلف مانند عفونت، چاقی، تصلب شرایین، فشار خون بالا، بیماری های روماتیسمی، اختلالات گوارشی، کمبودهای تغذیه ای، آسم و دیابت موثر است (۲-۴). بنابراین، در سال ۲۰۰۱، سازمان بهداشت جهانی (WHO) برای ۶ ماه اول زندگی، تغذیه انحصاری با شیر مادر (EBF) حداقل به مدت شش ماه را توصیه می کند. (۵) همچنین، در سال ۲۰۱۱، کوکران آن را برای هر دو کشور در حال توسعه و توسعه یافته توصیه کرد (۶)

آهن کاتیون های اساسی در سنتز هموگلوبین در قبل از تولد و بعد از تولد است. همچنین در سنتز پروتئین های سیستم اعصاب مرکزی و میوگلوبین بسیار مهم است. فقر آهن اختلال تغذیه ای رایج و گسترده است، و در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه اتفاق می افتد. (۷) شیر مادر علی الرغم مقدار نسبتا کمی از آهن، به ویژه هنگامی که نوزادان به طور انحصاری در ۶ ماه اول پس از تولد از شیر مادر تغذیه می کنند، جذب بالایی، دارد (۸) با این حال، پس از ۶ ماه تغذیه با شیر مادر، شیر مادر به علت تخلیه آهن ذخیره شده، افزایش اندازه بدن و توده سلول قرمز خون نمی تواند نیازهای آهن بدن را بر آورده کند (۹ و ۱۰) همچنین، بر اساس بعضی از مطالعات، تغذیه با شیر مادر انمی فقر آهن را ۴ ماه اول زندگی فقط می تواند محافظت کند (۱۱-۱۳)

هدف از این مطالعه بررسی انمی در کودکان شش تا نه ماهه و بررسی ارتباط بین مدت زمان تغذیه

انحصاری شیر مادر و ریسک فاکتور های دیگر با کم خونی کودکان است.

روش اجرا:

این مطالعه یک مطالعه تحلیلی بوده که به صورت کوهورت انجام گردید. جمعیت مورد مطالعه تعداد ۴۰۰ نفر کودک ۶-۹ ماهه ساکن مناطق شهری و روستایی استان گیلان بودند که از ابتدای تولد برای مراقبتهای روتین برنامه کودک سالم به واحدهای ارائه خدمت شهری و روستایی (مراکز بهداشتی درمانی دولتی شهری و روستایی) مراجعه کرده و فرم ثبت کودک سالم برای آنان تکمیل و آزمایش CBC Index و Ferritin در مراقبت ۶ یا ۹ ماهگی (سال ۱۳۹۲) انجام دادند. شیوه نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای با روش توزیع سهمی (proportional to size) در سطح استان و شهرستان بود. بدین ترتیب که ابتدا با توجه به نسبت توزیع جمعیت کودکان زیر یکسال در سطح استان تعداد نمونه در هر شهرستان مشخص گردید سپس با در نظر گرفتن نسبت جمعیت کودکان زیر یکسال شهری و روستایی در هر شهرستان مشخص شد. در مرحله بعد با توجه به توزیع جمعیتی مناسب در مراکز بهداشتی شهری و خانه های بهداشت و همچنین مراجعه ۱۰۰٪ کودکان زیر یکسال برای انجام واکسیناسیون و دریافت مراقبت کودک سالم به مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه های بهداشت نمونه های هر واحد به صورت تصادفی انتخاب شده، سپس تیم بررسی آموزش دیده در یک مقطع زمانی مشخص یک ماهه بر اساس پرونده های موجود به صورت تصادفی سیستماتیک اقدام به انتخاب کودک و تکمیل فرم جمع آوری داده های محقق ساز بر اساس متغیرهای پژوهش کردند. داده ها پس از ورود به نرم افزار SPSS ۱۸، با استفاده از

آزمونهای کای دو، تی تست و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در مرحله اول مطالعه فراوانی کم خونی فقر آهن در جمعیت مورد نظر محاسبه شده و سپس در دو گروه کم خون و طبیعی وضعیت تغذیه انحصاری با شیر مادر بررسی میشود.

اطلاعات مربوط به این پژوهش از طریق فرم جمع آوری داده های محقق ساز در یک مرحله با استفاده از پرونده های خانوار موجود در مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت و فرم های مراقبت کودک و مادر باردار جمع آوری شد. فرم دارای دو قسمت بوده که بخش اول مربوط به مشخصات عمومی مادر و کودک و نوع تغذیه کودک می باشد و در بخش دوم فرم شامل سوالات مربوط به نتایج آزمایش CBC Index و ferritin می باشد. معیار بررسی کم خونی در کودکان بر اساس تعاریف کم خونی فقر آهن از نظر سازمان بهداشت جهانی بود. داده های بدست آمده در این تحقیق، از طریق نرم افزار SPSS ۱۸ برای تجزیه و تحلیل آماری استفاده خواهد شد.

در این تحقیق متغیر کم خونی فقر آهن به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای همچون نوع تغذیه شیرخوار، سن، جنس، محل سکونت، میزان تحصیلات مادر، تعداد بارداریهای مادر، کم خونی مادر در زمان بارداری و سن مادر به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده است.

کودکان واجد شرایط ورود به طرح :

کودکان ۶ تا ۹ ماهه ساکن در مناطق شهری و روستایی استان گیلان که وزن موقع تولد بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ دارند و ترم بدنیا آمده اند و سابقه هیچ بیماری مزمن مادرزادی ندارند.

شرایط خروج از طرح:

- ۱- کلیه کودکانی که وزن موقع تولد بالا تر از ۴۰۰۰ و یا پایین تر از ۲۵۰۰ داشته باشند .
- ۲- کلیه کودکانی که پرترم یا پست ترم بوده اند .
- ۳- کلیه کودکانی که سابقه بیماری مزمن و مادرزادی دارند.
- ۴- کلیه کودکانی که سابقه تزریق خون داشته باشند.

یافته های تحقیق :

از چهار صد شیر خوار ۶-۹ ماه وارد شده در این مطالعه، ۱۹۹ نفر (۴۹,۵٪) مبتلا به کم خونی (غلظت هموگلوبین کمتر از یازده گرم بر دسی لیتر) بودند . در این مطالعه از ۱۹۹ کودک کم خون ده در صد براساس میزان فریتین کمتر از دوازده و ۲۵٪ بر اساس MCV کمتر از ۷۴ و RDW بالای چهار ده کم خونی فقر آهن (IDA) داشتند. با توجه به نتایج، به ترتیب ۶۵,۸٪ و ۳۴,۲٪ از بیماران گزارش شده، کم خونی خفیف و متوسط داشتند . ضمناً ۸۲,۴٪ از بیماران مبتلا به کم خونی متوسط، هموگلوبین بین ۹-۹,۹ داشتند در این مطالعه ، میزان تحصیلات پدر و مادر و شغل مادر تاثیر قابل توجهی در وضعیت تغذیه شیر خواران داشته است (p < ۰,۰۵) . موارد زیادی روی نوع تغذیه تاثیر می گذارد ولی در مدل چند گانه رگرسیون فقط شغل مادر تاثیر گذار است و مادران کارمند شیر مادر را بیشتر ترجیح می دهند .

تفاوت معنی داری در مورد محل سکونت ، تعداد حاملگی و زایمان و جنس بین شیر خواران مبتلا به کم خونی وعدم کم خونی وجود نداشته است . ولی در نوع زایمان و شغل مادر و میزان سواد مادر با Odds ratio به ترتیب ۰,۴۴ با محدوده -۰,۲۵۸-۰,۷۴۹ (P): ۰,۴۲ (محدوده -۰,۱۸۹-۰,۹۳۴) و ۱,۷۹۲ با محدود (-۱,۰۶۲-۳,۰۲۵) تفاوت آماری معنی داری در بین شیر خواران کم خون و غیر کم خون وجود دارد. ضمناً ، نوع تغذیه و مدت زمان تغذیه با شیر مادر، (به ترتیب P = ۰,۰۰۴ ، ۰,۰۰۰۱) در شیوع کم خونی موثر بوده گر چه موارد زیادی، روی وجود یا عدم وجود انمی موثر است ولی در رگرسیون دوگانه فقط زایمان طبیعی و مدت شیر دهی در این مهم موثر است این جدول

نشان می دهد زایمان طبیعی شانس انمی را بیشتر می کند . کاهش تغذیه انحصاری شیر مادر ، حدود ۴ ماه در احتمال عدم وجود کم خونی ۰,۳۱۴ را افزایش می دهد . (- ۰,۶۸,۶) . شیوع کم خونی در کودکان با شش ماه تغذیه انحصاری با شیر مادر بیشتر است و شیوع کم خونی در کودکانی که چهار ماه شیر مادر مصرف کردند با کودکانی کمتر از چهار ماه یا اصلاً شیر مادر مصرف نکردند تقریباً مساوی بوده است . بحث و نتیجه گیری ، در این مطالعه در حدود نیمی از شرکت کنندگان مبتلا به کم خونی بودند. و بر اساس معیار فریتین و NHANES III ، به ترتیب ۱۰ و ۲۵ درصد از آنها دچار کمبود آهن بودند . با این حال، بر اساس گزارش های دیگر در کشورهای دیگر جهان سوم مانند العالوی ۲۲ و همکاران ، ۴۰ درصد از نوزادان ۹ ماهه مبتلا به کم خونی بودند. همچنین، بر اساس معیار WHO شیوع کم خونی در نوزادان آمریکای جنوبی در سن ۶-۹ ماه حدود ۷۰ درصد بوده است (۲۳) نتایج ما بسیار بالاتر از شیوع ذکر شده در کشورهای توسعه یافته (۱۶,۲٪ کودکان ۶-۱۱ ماه) در اورگان مرکز تمرین در ایالات متحده آمریکا بود هاست . (۲۴) ، در نتیجه، به نظر می رسد که کم خونی در کودکان ایران یک مشکل بسیار جدی برای سلامتی عمومی است و نیاز به مداخله موثر برای مقابله با آن وجود دارد . اگر چه با توجه به WHO (۲۵) که بهداشت عمومی کشورها را از نظر کم خونی کودکان طبقه بندی می کند ما بر اساس شیوع کم خونی بیش از ۴۰ درصد، می توانیم در رده شدید کاهش بهداشت عمومی باشیم . اما بر اساس مطالعه کازن و همکارانش ۵۰,۵٪ از شیوع انمی در رده سنی شش تا نه ماهه است . (۲۵) جمعیت مورد مطالعه ما درست در همین سنین است و ما سنین دیگر را بررسی نکردیم .

با توجه به بررسی های قبلی، تخمین زده می شود که شیوع کم خونی فقر آهن است در مجموع در حدود نیمی از شیوع کم خونی را دارد (۲۶) .

محققان ، کمبودهای تغذیه ای مانند) ویتامین های B۱۲ ، B۶ و A ، ریبوفلاوین و اسید فولیک)، بیماری

های مزمن و التهابی، همولیز و هموگلوبینوپاتی و شرایطی که باعث از دست دادن خون می شود را به عنوان باقی مانده علل کم خونی در کودکان ذکر می کنند (۲۳) بر اساس این برآورد، حدوداً یک صد تن از شرکت کنندگان باید کم خونی فقر آهن شته باشند ، اما نتایج مطالعه اخیر نشان داد که ۵۰ کودک بر اساس معیارهای NHANES III و ۲۰ کودک بر اساس فریتین سرم کمتر از دوازده نانوگرم بر دسی لیتر انمی فقر آهن داشتند . از آنجایی که فریتین به طور واکنشی در فاز حاد افزایش می یابد و در کشورهای مختلف التهاب (عفونت) است که در این گروه سنی افزایش می یابد ، AAP فقر آهن را به عنوان فریتین سرم کمتر از ۳۰ نانوگرم بر دسی لیتر در طی التهاب با نتایج مثبت CRP معرفی کرد) (۲۳) متأسفانه ما در این مطالعه CRP را لحاظ نکرده ایم ، شاید برخی از کودکان با یکی از انواع عفونت های شایع به با فریتین سرم بیشتر از دوازده نانوگرم بر دسی لیتر، انمی فقر آهن داشتند . بر اساس معیار NHANES III ، ۲۵ درصد (۵۰ شیر خوار) مبتلا به کم خونی فقر آهن بودند. بنابراین، بررسی های بیشتر با تمرکز بر علل دیگر از فقر آهن ضروری می باشد. از سوی دیگر با توجه به مفاهیم عمیق از فقر آهن بر رشد و توسعه، بررسی دقیق با استفاده از پارامترهای چندگانه (مانند protoporphyrin ، فریتین، CRP همراه با ferritin) ممکن است ممکن است برای تشخیص کم خونی فقر آهن کمک کننده باشد . در این مطالعه هفتاد و پنج درصد از کودکان (۱۴۹ نوزاد) از شرکت کنندگان مبتلا به کم خونی ، دچار کمبود آهن (بر اساس NHANES III) نیستند . این ممکن است به دلیل موارد ناشناخته اختلالات بومی RBC در شمال ایران مانند بتا تالاسمی مینور، فاویسم ، اسفروسیتوز، کم خونی داسی شکل و اختلالات مرتبط با آن (به عنوان مثال. سندرم سیکل تالاسمی) و یا حتی *alpha-thalassemia* باشد. در این مطالعه رابطهای بین مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر با انمی وجود دارد یعنی کودکانی که شش ماه یا بیشتر شیر مادر می خورند نسبت به کودکانی که چهار

این نشانه این است که مشغله زیاد کارمندان در این انتخاب موثر است. در نتیجه با توجه به شیوع بالای آنمی در شیر خواران ۶-۹ ماهه در استان گیلان (شمال ایران)، کم خونی یک مشکل بسیار جدی برای سلامتی عمومی است. این مطالعه نشان داد که مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر، نوع زایمان و شغل مادر به میزان قابل توجهی با کم خونی در این گروه سنی مربوط می شود. مطالعات مفصل تر برای برآورد دقیق از فقر آهن و سایر کمبودهای تغذیه ای همراه با اختلالات RBC بومی مورد نیاز است. همچنین، به نظر می رسد که تجدید نظر در توصیه های برنامه های بهداشتی برای مصرف مکمل آهن می تواند مفید باشد. همچنین با توجه به افزایش آنمی در کودکان با زایمان طبیعی به نظر می رسد آموزش جهت انجام زایمان طبیعی و زمان مناسب کلامپ بند ناف الزامی باشد.

به مدت حداقل ۲ دقیقه پس از تولد از شیوع آنمی در کودکان جلوگیری می کند (۳۰-۳۱). همچنین، با توجه به نتایج بدست آمده که به نظر می رسد که بستن بند ناف یک موضوع کلیدی است و مطالعات طولی در این رابطه، پیشنهاد می شود. در این مطالعه ارتباط معنی داری بین جنس و کم خونی وجود ندارد که این با تحقیقات قبلی ایران که توسط کدیور. (۲۲) و کریمی و همکاران (۳۳) انجام شده است هم سو است و بر خلاف نتایج Domellöf و همکاران است. Domellöf و همکاران، متوجه تفاوت جنسی قابل توجهی در غلظت هموگلوبین و دیگر شاخص های آهن خونی در دوران شیرخوارگی شدند. این محققان میزان بالای فقر آهن در پسران را به علت شیوع بالای عفونت در پسران ذکر کرده است. (۳۴)

علاوه بر این مادران کارمند کمتر شیر مادر را ترجیح می دهند که

ماه شیر مادر می خورند انمیک ترند. البته ما به علت کم بودن تعداد غیر منتظره شیر خواران مبتلا به کمبود آهن، ما قادر به تشخیص ارتباط معنی داری بین کمبود آهن و طول مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر نبودیم، اما چنین رابطه ای به احتمال زیاد وجود دارد (۲۷-۲۹). در حال بر اساس وجود رابطه بین آنمی و مدت مدت تغذیه انحصاری با شیر مادر، تجدید نظر در توصیه های جاری در مورد زمان شروع تغذیه کمکی با شیر مادر و مکمل آهن، می تواند پیشنهاد شود.

شیوع کم خونی در شیر خوارانی که با زایمان طبیعی به دنیا آمده اند بیشتر است لذا به نظر می رسد توجه به زمان کلامپ بند ناف الزامی باشد به گونه ای که مک دونالد و همکاران، هاتن و همکاران ارتباط معنی داری بین بستن فوری بند ناف و کم خونی ذکر کرده اند. آنان ذکر کردند که بستن بند ناف

976.

Sherriff A, Emond A, Hawkins N, Golding J. Haemoglobin and ferritin concentrations in children aged 12

and 18 months. ALSPAC Children in Focus Study Team. Arch Dis Child 157-80:153;1999.

16. Thane CW, Walmsley CM, Bates CJ, Prentice A, Cole TJ. Risk factors for poor iron status in British toddlers:

Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 4.5-1.5 years. Public Health Nutr 44-3:433;2000

17. Sultan AN, Zuberi RW. Late weaning: The most significant risk factor in the development of iron deficiency

anaemia at 2-1 years of age. J Ayub Med Coll Abbottabad 7-15:3;2003.

18. Meinzen-Derr JK, Guerrero ML, Altaye M, Ruiz-Palacios GM, Morrow AL. Duration of exclusive breastfeeding

and risk of anemia in a cohort of Mexican infants. Adv Exp Med Biol 398-554:395;2004.

19. Chaparro CM, Neufeld LM, Tena Alavez G, Eguia- Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on

countries: Springer; 2008.

Kramer M, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). 2012.

Krebs NF. Bioavailability of dietary supplements and impact of physiologic state: infants, children and adolescents. The Journal of nutrition. 1351:(4)131;2001S4-S. Desforges JF, Oski FA. Iron deficiency in infancy and childhood. New England Journal of Medicine. 3-190:(3)329;1993.

Marques RF, Taddei JA, Lopez FA, Braga JA. Breastfeeding exclusively and iron deficiency anemia during the first 6 months of age. Revista da Associação Médica Brasileira. 22-18:(1)60;2014.

Baker RD, Greer FR. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (3-0 years of age). Pediatrics. 50-1040:(5)126;2010.

Greer FR. Orientação dietética para a prevenção da anemia por deficiência de ferro em lactentes no Brasil: é preciso algo mais. J Pediatr. 5-4:(1)88;2012.

Looker AC, Dallman PR, Carroll MD, Gunter EW, Johnson CL. Prevalence of iron deficiency in the United States. JAMA -277:973;1997

Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. Maternal and Child Health Journal. 12-2014:1.

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. Jama. 20-413:(4)285;2001.

Sonnenschein-van der Voort AM, Duijts L. Breastfeeding is protective against early childhood asthma. Evidence Based Medicine. 2012:ebmed100910-2012-.

Robinson S, Fall C. Infant nutrition and later health: a review of current evidence. Nutrients. -859:(8)4;2012 74.

Organization WH, Unicef. Global strategy for infant and young child feeding. 2003.

Kramer M, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. The Cochrane database of systematic reviews. 8;2011:CD-003517CD.

Semba RD, Piot P, Bloem MW. Nutrition and health in developing

- Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2011.
26. Nair KM, Fernandez-Rao S, Balakrishna N, Radhakrishna K, Ravinder P, Flower AL, et al. Characterization of anemia and iron deficiency in 12-6 month old infants from rural India. *The FASEB Journal*. 27:845.26;2013.
27. Domellöf M, Cohen RJ, Dewey KG, Hernell O, Rivera LL, Lönnerdal B. Iron supplementation of breast-fed Honduran and Swedish infants from 4 to 9 months of age. *The Journal of pediatrics*. 87-679:(5)138;2001.
- care in Bahrain. *Journal of the Bahrain Medical Society*. 1)25;2014).
23. Chaparro CL, C. . Ensuring a healthy start for future development: Iron nutrition during the first 6 months of life. In: organization pah, editor. 2009.
24. Rockville. Screening for Iron Deficiency Anemia in Childhood and Pregnancy: Update of the 1996 U.S. Preventive Services Task Force Review. 2006.
25. Peña-Rosas J, Organization WH. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. World Health Organization iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet* 2004-1997 : (9527)367;2006.
20. Altucher K, Rasmussen KM, Barden EM, Habicht JP. Predictors of improvement in hemoglobin concentration among toddlers enrolled in the Massachusetts WIC Program. *J Am Diet Assoc* 715-709 :105;2005.
21. Georgieff MK, Wewerka SW, Nelson CA, Deregnier RA. Iron status at 9 months of infants with low iron stores at birth. *J Pediatr* 409-141:405;2002.
22. Al-Alawi MA, Sarhan N. Prevalence of anemia among nine-month-old infants attending primary

بررسی فراوانی تغذیه با شیر مادر و عوامل موثر بر آن در شیر خواران بین ۲۱ تا ۲۷ ماه در شهر تهران

۱- دکتر فاطمه نیری*۲- دکتر حسین دلیلی*۳- دکتر مامک شریعت ۴- دکتر فریما راجی ۵- دکتر اکرم کریمی

چکیده:

تغذیه با شیر مادر در کاهش مورتالیتته و موربیدیتته حایز اهمیت است. با وجودی که بسیاری از مادران پس از زایمان به شیر دهی مبادرت می ورزند اما این امار تا ۶ و ۲۴ ماهگی به شدت تقلیل می یابد. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی تغذیه با شیر مادر در کودکان ۲۱ تا ۲۷ ماه و بررسی عوامل موثر بر شکست شیردهی است تا از طریق نتایج این مطالعه بتوانیم مداخله هایی را برای افزایش بیشتر فراوانی تغذیه شیرخواران با شیر مادر ارائه دهیم.

روش اجرا:

مطالعه از نوع بررسی مقطعی (Cross-sectional) بوده. ۴۰۰ مادر دارای شیرخوار ۲۱-۲۷ ماه وارد مطالعه شدند. با کمک پرسشگر مشخصات دموگرافیک شیرخوار و مادر جمع اوری و در پرسشنامه ثبت گردید. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویراست ۱۶ انجام شد. مقایسه فراوانی ها بین داده های کیفی با استفاده از آزمون χ^2 و داده های کمی با T-Test و رابطه بین متغیرهای کمی باهم نیز با استفاده از

استخراج ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت. سطح معنی داری در این آزمون ۹۵٪ در نظر گرفته شد. یافته ها: میانگین مدت شیردهی اعم از شیر دهی انحصاری (فقط باشیر مادر) و یا همراه با شیر خشک ۱۹/۶۶+۶/۴۰ ماه و میان تا ۲۲ ماه بود. عدم تکافوی شیر مادر (۷۷/۹)، شاغل بودن مادر (۷۳/۳)، توصیه پزشک و فامیل (۷۴/۸٪ و ۷۶٪)، بی قراری بچه (۷۷/۱٪)، عدم تمایل مادر به ادامه شیردهی (۷۵/۶٪) و امتناع شیر خوار (۷۴٪) شایع ترین علل در قطع شیر دهی انحصاری تا ۶ ماه عنوان شده بود. بین سن حاملگی و مدت زمان شیردهی رابطه معنی داری مشاهده شد (۰/۰۲۱) = P Value. بطور معنی داری دریافت آموزش خصوصا آموزشهای دریافتی از واحدهای خصوصی در گروهی که شیردهی را ادامه داده است بیشتر دیده شد. به علاوه تماس پوستی نوزاد با مادر در ساعت اول و حمایتهای همسر تاثیر مثبتی بر روند ادامه شیر دهی داشت (P Value > ۰.۰۵). مصرف دارو (غیر از مکمل ها) در زمان بارداری

بر مدت شیردهی موثر بوده است (P Value) = ۰/۰۲۳. رابطه معنی داری بین ترومای زایمانی و مدت زمان شیردهی نیز وجود داشت (P Value) = ۰/۰۰۴.

نتیجه:

کاهش معنی دار شیر دهی انحصاری مادر و ادامه شیردهی تا دو سالگی ایجاب می کند علاوه بر تعیین علل امتناع از شیردهی، حمایتها و آموزش های لازم در رفع این موانع به کار گرفته شود.

مقدمه

دوره نوزادی از حساس ترین مراحل زندگی است که نیاز به مراقبت های دقیق دارد. تغذیه پس از تولد و سال های اول زندگی از ارکان مهم رشد و تکامل کودک است. شیر مادر، از یک سو می تواند به تنهایی تمامی نیازهای غذایی شیرخوار را از بدو تولد تا پایان ۶ ماهگی برآورده سازد و از سوی دیگر تنها غذای طبیعی سرشار از پروتئین، لیپید، الیگوساکارید، ویتامین، املاح، هورمون، آنزیم، فاکتورهای رشد و ایمنی ست که در طول زمان، کیفیت و میزان آن بر اساس نیاز و تکامل کودک تغییر میکند

دهی جمع اوری و در پرسشنامه ثبت گردید. سپس از شرکت کنندگان در مورد مدت زمان شیردهی، شیر دهی انحصاری تا ۶ ماه، شروع شیردهی ترکیبی و علل امتناع از شیر دهی، آموزشهای دوران بارداری و زمان زایمان و بعد از زایمان، آموزشها (حضوری - غیر حضوری)، مشکلات طبی نظیر حساسیت، تماس پوست به پوست مادر و نوزاد، زمان شروع تغذیه با شیر مادر، وضعیت تغذیه با شیر مادر با حمایت و تشویق پدر، وضعیت تغذیه با شیر مادر با گریه و بی قراری نوزاد، نوع و فرم سینه مادر، فرد آموزش دهنده و فاصله زایمان تا زایمان قبلی سوال شد. با توجه به اینکه مشخصات فرد ذکر نمی شد و مداخله ای هم صورت نگرفت، لذا ملاحظات اخلاقی خاصی نداشت. این مطالعه به عنوان طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران از نظر علمی و اخلاقی به تایید رسیده است (شماره ثبت: ۱۲۰۴۳) و با اعتبارات مصوب مرکز تحقیقات تغذیه با شیر مادر آن دانشگاه به اجرا در آمد. در نهایت تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویراست ۱۶ انجام شد. مقایسه فراوانی ها بین داده های کیفی با استفاده از آزمون χ^2 و داده های کمی با T-Test انجام گرفت. رابطه بین متغیرهای کمی باهم نیز با استفاده از استخراج ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت. توان مطالعه نیز ۸۰٪ و سطح معنی داری در این آزمون ۹۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در ۴۰۰ مادر دارای شیرخوار ۲۱- ۲۷ ماه و میانگین وزن بدو تولد کودکان $3228+438$ گرم، ۳۴۰ نفر (۸۵٪) تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و ۶۰ نفر (۱۵٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۳۸۸ (۹۷٪) نفر خانه دار و سایرین شاغل بودند. ۲۱۶ (۵۴٪) نفر از شرکت کنندگان در مطالعه فرزند دختر داشتند. میانگین سن حاملگی ۳۸/۱۶ هفته و در ۴۵٪ مادران سابقه ۱ تا ۳ سقط گزارش شد. ۳۲ مادر (۸٪) به بیماریهای زمینه ای مبتلا بودند. ۷٪ مادران در طول بارداری از داروهای اعصاب، ۱٪ داروهای قلبی، ۲۶٪ آنتی بیوتیک و ۲۱٪ از سایر داروها استفاده میکردند. ۷۷/۷٪

شیر مادر، نقش حمایتی در تغذیه با شیر مادر دارد و بهبود شیوه های آموزش مادران در استقرار و ادامه تغذیه با شیر مادر در آمریکا بسیار مؤثر است. این مطالعه با توجه به ضرورت تغذیه با شیر مادر و آمارهای مختلف در مورد افزایش یا کاهش شیردهی در سال های اخیر در ایران (۱۳)، انجام شد. ابتدا فراوانی تغذیه با شیر مادر در کودکان ۲۱- ۲۷ ماه تعیین و سپس همزمان به بررسی عوامل مؤثر بر شکست آن پرداختیم تا از طریق نتایج این طرح بتوانیم مداخله هایی را برای افزایش بیشتر فراوانی تغذیه شیرخواران با شیر مادر ارائه دهیم.

روش بررسی

مطالعه از نوع بررسی مقطعی (Cross-sectional) بوده که بر ۴۰۰ شیرخوار ۲۱ تا ۲۷ ماهه مراجعه کننده به مرکز بهداشت جنوب برای پایش روتین از مهر ۸۹ تا مهر ۹۰ انجام گرفت. شرایط ورود به مطالعه شامل تمام مادران دارای شیرخوار تک قلو ۲۷- ۲۱ ماه بودند. شرایط خروج از مطالعه عبارت بود از عدم رضایت والدین در دادن اطلاعات، وجود شرایطی که به اجبار مادر و شیرخوار را از هم جدا کرده بود مانند بستری مادر یا کودک در بیمارستان و ابتلای مادر به بیماری یا مصرف دارویی که منع پزشکی شیردهی را ایجاد می کرد. در این مطالعه پرسشنامه ای بر مبنای مطالعات انجام شده و بررسی متون، تهیه گردید و سپس توسط افراد صاحب نظر تأیید شد. پرسشنامه ها توسط ماماها آموزش دیده طی یک طرح پایلوت تکمیل شده و ارزیابی روایی و پایایی آن صورت گرفت (آلفای کرونباخ ۷۵٪). با مشخص شدن روا و پایا بودن پرسشنامه فوق و رفع نواقص جهت استفاده در طرح جمع اوری داده ها آغاز شد. ابتدا هدف از مطالعه و چگونگی انجام آن برای مادر توضیح داده شد. با کمک پرسشگر مشخصات دموگرافیک شیرخوار شامل وزن بدو تولد، قد و دور سر بدو تولد و مشخصات مادر از قبیل سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد حاملگی، زایمان، سقط، ترومای زایمانی، سابقه بیماری زمینه ای و استفاده از دارو به جز داروهای روتین بارداری و شیر

(۱ و ۲ و ۳). به علاوه در نوزادان شیر مادر با خواص پیشگیری از بیماریهای عفونی، آلرژی، اسهال، درماتیت اتوپیک، دیابت جوانی، چاقی کودک و سندرم مرگ ناگهانی کودک تغذیه ارجح به شمار می رود (۴). به عبارتی تغذیه با شیر مادر در کاهش مورتالیته و موریبیدیته حایز اهمیت است؛ عدم تغذیه با شیر مادر مسئول ۴۵٪ مرگ ناشی از عفونت، ۳۰٪ مرگ ناشی از اسهال و ۱۸٪ مرگ ناشی از بیماریهای حاد تنفسی در کودکان زیر ۵ سال است (۵). شیردهی در مادر همچنین باعث به تاخیر افتادن بارداری بعدی، بازگشت ارگانهای لگنی به شرایط قبل از بارداری و پیشگیری از ابتلا به سرطان تخمدان و پستان می گردد (۶). در آمریکا با وجودی که ۷۵٪ مادران پس از زایمان به شیر دهی مبادرت می ورزند اما این امار به ۵۰ و ۲۵٪ در شش و ۲۴ ماهگی تقلیل می یابد (۷). عوامل متعددی بر شیردهی مؤثر است. پذیرش نقش زنانه مادری، تجربه قبلی شیردهی، ویژگیهای شخصی مادر، وضعیت سلامت کودک، باورمادر بر ناکافی بودن شیر، گریه و بیقراری کودک، توصیه فامیل و دوستان، تجویز پزشک، تطبیق با شرایط زندگی، در کنار عوامل روانی، اجتماعی، محیطی، فرهنگی از آن جمله اند (۴). ارائه آموزش های لازم در زمان بارداری و بلافاصله پس از زایمان از عوامل مؤثر در انتخاب روش تغذیه نوزاد است. (۸) در طول حاملگی، مادران با توجه به تبلیغات شرکت های شیر خشک، اطلاعاتی در مورد غذاهای کمکی، انواع شیر خشک و وسائل تغذیه با آن می گیرند، ولی تبلیغات در مورد Breast pump، ذخیره شیر مادر یا هر چیزی که به تغذیه با شیر مادر کمک می کند، ناچیز است. (۹) آموزش و تمرین مادر در بیمارستان و مراکز زایمان در دوره اینترپارتوم همانند تماس پوست به پوست، نگهداری مادر و نوزاد با هم، ندادن غذای کمکی به نوزاد مگر در شرایط پزشکی، می تواند در رفتار شیردهی و موفقیت آن نقش داشته باشد. (۱۰) آکادمی پزشکان خانواده در آمریکا (۱۱) و آکادمی تغذیه با شیر مادر آمریکا (۱۲) همه یادآوری می کنند که در مراقبت های اینترپارتوم آموزش و حمایت پزشکان از تغذیه با

از مادران تحت دوره های آموزش شیردهی از طریق متخصص، ماما، پرستار، مشاوره اعضای خانواده، اقوام، دوستان، کلاسهای آموزشی بیمارستان، روزنامه و یا رسانه ها قرار گرفته بودند. زایمانها نیز در بیمارستانهای دولتی دوسنادر کودک صورت گرفته بود.

متاسفانه ۲۵٪ اصلا شیر دهی نداشتند. در میان ۲۰۰ مادری که شیردهی داشتند، میانگین مدت شیردهی اعم از شیر دهی انحصاری (فقط با شیر مادر) و یا همراه با شیر خشک ۱۹/۶۶+۶/۴۰ ماه و مدیان تا ۲۲ ماه بود. ۸۷٪ مادران تا ۱۲ ماهگی و ۳۶٪ تا ۲۴ ماهگی با شیر مادر تغذیه شدند. شکل ۱ روند شیر دهی را نشان می دهد.

با توجه به اینکه مدیان شیر دهی تا ۲۲ ماهگی بود لذا مقایسه متغیرها در دو گروه با قطع شیردهی قبل از ۲۲ ماه (گروه A) و بالای ۲۲ ماه (گروه B) نیز انجام گرفت. شیر دهی

انحصاری تا ۶ ماهگی در ۵۲ شیرخوار (۱۷٪) گزارش شد. قطع شیردهی در ۲۳۳ شیر خوار قبل از ۲۲ ماه (گروه A) و در ۱۶۷ شیر خوار پس از ۲۲ ماه (گروه B) گزارش شد. مقایسه فاکتورهای دموگرافیک و آنالیز تاثیر گذاری این فاکتورها بر قطع شیردهی در دو گروه A, B در جدول ۱ آورده شده است.

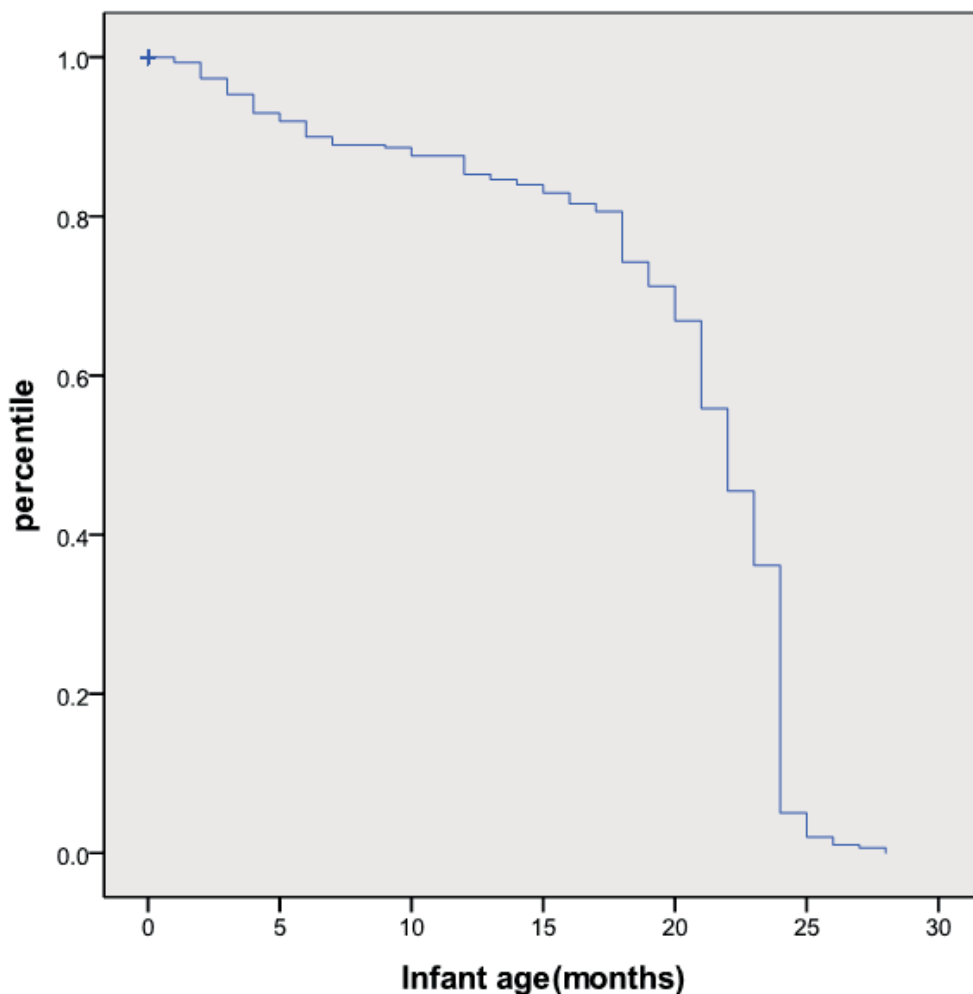
در دو گروه، بین قطع شیر دهی یا ترکیب شیرمادر و شیر خشک با هیچ یک از عوامل ابراز شده توسط مادران مانند: شغل مادر (۰/۸۰۴ = P value)، توصیه پزشک (۰/۲۹۹ = P value) عدم کفایت شیر مادر (۰/۴۶۵ = P value) توصیه خانواده (۰/۴۲۳ = P value) گریه و بی قراری شیرخوار (۰/۴۶۵ = P value) امتناع طفل از شیر خوردن (۰/۸۱۱ = P value) و عدم تمایل مادر به شیردهی (۰/۳۵۱ = P value) رابطه معنی داری مشاهده نشد.

عدم تکافوی شیر مادر (۷۷/۹)، شاغل بودن مادر (۷۳/۳٪)، توصیه پزشک

و فامیل (۷۴/۸٪ و ۷۶٪)، بی قراری بچه (۷۷/۱٪)، عدم تمایل مادر به ادامه شیردهی (۷۵/۶٪) و امتناع شیر خوار (۷۴٪) شایع ترین، اما احتقان پستان (۳/۲٪)، تکان خوردن پستان (۰)، برفک دهان شیر خوار (۱/۶٪)، گوش درد (۱/۶٪)، ضایعات پوستی (۰)، دندان در آوردن (۱/۷٪)، واکسن (۸/۲٪)، استفاده از لوازم آرایشی (۱/۷٪)، جریان سریع شیر (۰)، از نادرترین علل در قطع شیر دهی انحصاری تا ۶ ماه عنوان شده بود. ۲۹۵ شیر خوار در این مطالعه تا شش ماهگی علاوه بر شیر مادر، شیرخشک نیز دریافت کرده بودند. جدول ۲ فراوانی علل موثر بر شروع شیر دهی ترکیبی که توسط کل مادران ابراز شده را نشان می دهد.

بین سن حاملگی و مدت زمان شیردهی رابطه معنی داری مشاهده شد (۰/۰۳۱ = P Value) میانگین سن حاملگی در گروه A ۳۷/۷۳+۳/۴۸ و در گروه B ۳۸/۴۹+۲/۵۲ بود. یعنی قطع

شکل ۱- روند مدت زمان شیر دهی در مادرانی که با شیر خود شیرخوار را تغذیه نموده اند



ترکیبی، بازگشت به کار مادر اشاره کرده اند (۲۱). در مطالعات دیگری شروع شیر خشک به عدم تمایل شیر خوار و مادر به ادامه شیر دهی، بیقراری کودک، بازگشت به تحصیل و کار و احساس عدم کفایت شیر مادر نسبت داده شده است. در حالی که ۵۰٪ مادران از عدم تکافوی شیر صحبت می کنند ولی شواهدی مبنی بر کاهش وزن کودک مشاهده نشد (۱۸ و ۲۲). با این وجود در نظر گرفتن مکان های ویژه شیر دهی در محل کار و یا پیدا کردن علل مادری و کودکی در تصور ناکافی شیر مانند جراحی روی سینه، اختلالات زمینه ای مادر و کودک و درمان آنها، استفاده از داروهای افزایشنده شیر، تایید ناکافی بودن شیر توسط متخصص قبل از شروع شیر خشک کمکی می تواند بر تشویق مادران بر ادامه روند شیر دهی موثر واقع گردد (۲۳ و ۲۴). بر اساس یافته های این مطالعه بین سن بارداری و مدت زمان شیردهی رابطه معنی داری وجود داشت، به طوری که با زایمان یک نوزاد ترم احتمال شیردهی طولانی مدت، بیشتر است. Nagulesapillai و همکاران در تحقیق خود به این نکته اشاره کرده اند که مادران با نوزاد نارس نیازمند توجه و حمایت بیشتر برای ادامه شیر دهی هستند (۲۵). همچنین Haschke و همکاران گزارش کرده اند تعداد بیشتری از کودکان ترم نسبت به کودکان نارس (در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه) از شیر مادر بهره می برند (۲۶). به علاوه از آنجا که کودکان نارس مقدار شیر کمتری میخورند، شیر دهی موفق منوط به تلاش و حمایت بیشتر است. کودکی که به دلایل نارسی نیاز به بستری شدن داشته باشد، پس از ترخیص و برگشتن به خانه، مادر از مهارت و معلومات کافی شیر دهی برخوردار نمی باشد زیرا در مدت بستری نوزاد، مادر یا با شیر دوشیده شده و یا شیر خشک، کودک خود را تغذیه می کرده است (۲۷).

در مطالعه حاضر آموزش خصوصا آموزشهای درازمدتی از واحدهای خصوصی مانند مطب پزشکان تاثیر بسزایی در ادامه شیر دهی داشته است. برنامه های حمایتی و آموزش شیردهی علاوه بر افزایش امار

است. اما مطالعات انجام گرفته در عربستان سعودی ارقام بالاتری بین ۳۲-۳۸٪ را گزارش کرده اند. این آمار برای کودکان تا بیست و چهار ماه (۳۷٪ بوده است) (۱۴) در مطالعه دیگری از چین حدود ۹۶٪ مادران پس از زایمان شیر دهی را آغاز میکنند، ۷۰٪ در شش ماهگی، ۳۰٪ در یک سالگی و تنها ۲٪ تا دو سالگی به شیر دهی ادامه می دهند (۱۵). تفاوت در این امارها می تواند ناشی از تفاوت در فرهنگها، اعتقادات، آموزش ها و حمایت های اجتماعی از تغذیه با شیر مادر باشد.

مطالعه حاضر همچون بسیاری از مطالعات نشان می دهد که اکثر مادران بلافاصله پس از زایمان شیر دهی را آغاز می کنند اما بتدریج این روند تا شش ماه و بالاتر کاهش می یابد. از دلایل این کاهش میتوان به احساس مادر از عدم تکافوی شیر، نارضایتی کودک، بازگشت به کار مادر و رعایت رژیمهای غذایی غیر معمول مادر مانند رژیم کاهش وزن اشاره کرد (۱۶ و ۱۷ و ۱۸). مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۴ از ایران گزارش کرده است که تنها ۶۵/۸٪ مادران ایرانی تا چهار ماهگی به شیر دهی انحصاری مبادرت می ورزند و این روند تا دو سالگی رو به کاهش می رود (۴). بر اساس مطالعه Spear با وجودی که ۷۰٪ مادران بلافاصله پس از زایمان مبادرت به شیردهی می کنند، تنها ۳۲/۲٪ تا ۶ ماهگی طفل، به شیردهی ادامه می دهند (۱۹). در تحقیق دیگری توسط Garbarino و همکاران از صد مادر شرکت کننده در مطالعه، ۴۵٪ بعد از شش ماهگی شیر دهی به فرزندان را متوقف نموده بودند (۲۰). حدودا ۲۵٪ شیر خواران در این مطالعه تا شش ماهگی علاوه بر شیر مادر، شیرخشک نیز دریافت کرده بودند. شروع شیردهی ترکیبی با حمایت و توصیه خانواده مبنی بر ترکیب شیر دهی، عدم تمایل شیر خوار به شیر مادر، احساس عدم تکافوی شیر مادر، اشتغال مادر، توصیه پزشک، گریه و بیقراری کودک و عدم تمایل مادر از عوامل موثر عنوان شده بود. Tarannt و همکاران در مطالعه خود در هنگ کنگ (سال ۲۰۱۰) به فاکتورهای مهم و تاثیر گذار احساس عدم تکافوی شیر، فاکتور خانوادگی مانند ترجیح همسر به شیر دهی

شیر دهی در زیر ۲۲ ماه در کودکان با سن حاملگی پایین تر بیشتر دیده شد. بین قطع شیر دهی زیر ۲۲ ماه و وزن بدو تولد طفل رابطه ای وجود نداشت (۲۲۹+۶۷) در گروه A و ۲۲۵+۴۱۵ در گروه B، $P = 0.703$. همچنین تعداد حاملگی برقطع شیردهی موثر نبود (۱/۵۹+۰/۷) در گروه A و ۱/۷۹+۱ در گروه B، $P = 0.059$. بین سن مادر، جنس نوزاد با میانگین مدت شیردهی و حتی با شروع شیردهی (در مقابل عدم شیردهی از ابتدا) رابطه ای بدست نیامد.

بطور معنی داری دریافت آموزش در گروهی که شیردهی را ادامه داده است بیشتر دیده شد خصوصا آموزشهای دریافتی از واحدهای خصوصی مانند مطب پزشکان تاثیر بسزایی در ادامه شیر دهی داشته است. این آموزشها شامل آموزش های قبل، حین و پس از زایمان توسط پزشک بود. به علاوه حمایت های همسر تاثیر مثبتی بر روند ادامه شیر دهی داشت ($P > 0.05$).

تماس پوستی با مادر در ساعت اول و آغاز شیردهی از همان ابتدا در ۱۰۱ مادر (۶۰٪)، مادران بالای ۲۲ ماه در مقابل ۱۱۰ نفر (۴۷٪) مادران زیر ۲۲ ماه دیده شد. این تفاوت معنا دار بود ($P = 0.001$). مصرف دارو (غیر از مکمل ها) در زمان بارداری بر مدت شیردهی موثر بوده است ($P = 0.023$). Value. رابطه معنی داری بین ترومای زایمانی و مدت زمان شیردهی نیز وجود داشت ($P = 0.04$).

بحث
بر اساس نتایج این مطالعه تنها ۲۴٪ مادران تا دو سالگی با شیر خود فرزندان شان را تغذیه کرده بودند. همچنین ۵۲ نفر از شرکت کنندگان به طور انحصاری تا شش ماهگی به کودک خود شیر داده بودند. به نظر می رسد این ارقام قابل مقایسه با ارقام گزارش شده از سازمان بهداشت جهانی و سایر کشورهای آسیایی باشد. سازمان بهداشت جهانی تعداد اطفالی که تنها شش ماه انحصارا از شیر مادر تغذیه میکنند را بین ۱/۷ تا ۲۴/۴٪ گزارش نموده

Tat M. Factors influencing breastfeeding duration: a survey in a Turkish population. *European Journal of Pediatrics*. 1466-1459:(11)172;2013

3. Khabbal Y, Zaoui S, Cherrah Y. Medicines and breastfeeding: assessing the risk of medicines to infants. *East Mediterr Health J*. 91-186:(2)19;2013.

4. Assarian F, Moravveji A, Ghaffarian H, Eslamian R, Atoof F. The association of postpartum maternal mental health with breastfeeding status of mothers: A Case-Control Study. *I ran Red Crescent Med J*. 3)16;2014): e14839. Published online Mar ,5 2014.

5. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/news_events/news/2012_07_30/2012

6. Froehlich J, Boivin M, Walter KC, Bloch MK, Rice D, McGraw K, Munson E. Influencing university students' knowledge and attitudes toward breast feeding. *J Nutr Educ Behav*. 3-1;2013.

7. Li R, Zhao Z, Mokdad A, Barker L, Grummer-Strawn L. Prevalence of Breastfeeding in the United States: The 2001 National Immunization Survey. *Pediatrics*.1198:(1)111;2003 1201-

8. Perez - Escarnilla R, Lutter C, Segall AM, et al. *J. Nutrition* 12:2972;1995.

9. Available at: <http://www.associated content.com /article/social-problems-with-breast-feeding. Html>.

10. Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ. Marketing infant formula through hospitals: the impact of commercial hospital discharge packs on breast feeding. *A M J. Public health* ۲۹۵-۹۸:۲۹۰;۲۰۰۸.

۱۱. Available at: <Http://www.aafp.org/online/en/home>

Available at: <http://www.bfmed. 12 org/ace-files/protocol/mhpolicy-abm>.

(غیر از مکمل ها) در زمان بارداری بر مدت شیردهی، اثر گذار بوده است. نگرانی مادر از عوارض سوء دارو و یا تاثیر دارو بر طعم و میزان شیر مادر، میتواند از دلایل امتناع مادر از شیر دهی شمرده شود. گرچه گاهی هشدارها و احتیاط های دارویی به صورت اغراق شده، کودک و مادر را از لذت شیر دهی محروم می نماید. با این وجود چنانچه جهت درمان مادر، دارو درمانی طولانی مدت مد نظر باشد، رعایت جوانب احتیاط ضروری می نماید (۳). در مطالعه Aا و همکاران ۱۳٪ افراد شرکت کننده علت توقف شیر دهی خود را مصرف دارو عنوان کرده بودند (۱۸).

به علاوه بین ترومای زایمانی و مدت زمان شیردهی رابطه وجود داشت. به نظر می رسد ترومای زایمانی بر پوزیشن مادر در هنگام شیردهی و یا احساس ناراحتی و درد در موضع بر روند شیردهی موثر واقع شود. این یافته با نتایج Brown و همکاران منطبق بود. این گروه در مطالعه خود تأیید کردند ناراحتیهای فیزیکی و درد ناشی از عوارض لیبر و زایمان بر کاهش مدت زمان شیر دهی تاثیر می گذارد. چنانچه این آسیبها همراه با دارو درمانی نیز باشد، نیاز به مصرف دارو می تواند عامل دیگری در این روند محسوب گردد (۳۸و۳). در مطالعه ما رابطه ای بین بیماری مادر، جنسیت نوزاد، سن ازدواج و با مدت شیر دهی مشاهده نشد. که می تواند نشانه اهمیت بیشتر سایر متغیرها باشد. با این وجود برخی از این نتایج منطبق بر نتایج مقالات ارائه شده توسط forster , Cordero می باشد (۱۷و۳۹). نتیجه

کاهش معنی دار تمایل مادران برای شیر دهی انحصاری در شش ماه اول تولد و ادامه شیردهی تا دو سالگی طفل ایجاب می کند حمایتها و آموزش های لازم در رفع این موانع بکار گرفته شود.

References

۱-انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر؛ با همکاری دفتر بهبود تغذیه جامعه، معاونت سلامت وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی، یونیسف ۱۳ - صفحه ۱۰

2. Şencan I, Tekin O, Mansur

شیردهی انحصاری باعث کاهش امار قطع شیر دهی در بدو تولد، یک ماهگی و ۱ تا ۵ ماهگی میشود (۲۸). Honda و همکارش همچنین به نقش کلیدی پزشک در آموزش و تشویق مادر به شیردهی اشاره کرده است (۲۹). بر اساس گزارش Albernaz و همکارش، مشاوره های چهره به چهره در زمانهای متفاوت باعث افزایش قابل توجهی در میزان شیردهی انحصاری مادران شده بود که به نظر می رسد به علت حمایتهای مداوم مادران، راهنمایی و آموزش تکنیکهای شیردهی و کمک به حل مشکلات آنها باشد (۳۰). با این وجود در مطالعه انجام شده توسط Khresheh و همکاران با وجود افزایش معلومات شرکت کنندگان پس از شرکت در کلاسهای آموزشی و بهره مندی از برنامه های حمایتی، مدت شیر دهی افزایش معنی داری را نشان نداده بود (۳۱).

همچنین تشویق و حمایتهای همسر عامل موثری بر ادامه شیر دهی بود. Meedya و همکاران در سال ۲۰۱۰ و Sherriff و همکاران در سال ۲۰۱۴ نیز در مطالعه خود علاوه بر تصمیم و خواست مادر در ادامه شیردهی، به نقش عوامل اجتماعی به ویژه حمایت همسر در شروع و ادامه شیردهی مادر تاکید کرده اند (۳۲و۳۳). به نظر می رسد شیر دهی یک کوشش تیمی است که حضور حمایتهای فیزیکی، عملی، احساسی و روانی پدر اساسی است (۳۴). مشابیه این نتیجه گیری را نیز Kenosi در سال ۲۰۱۱ بیان کرده است. وی معتقد است کودکانی که از شیر مادر کمتر تغذیه شده اند فرزندان پدران هستند که آگاهی بسیار کمی در زمینه اهمیت و فواید شیردهی مادر دارد. (۳۵)

تماس پوستی با مادر در ساعت اول و آغاز شیردهی، عامل تاثیر گذار دیگری در ادامه روند شیردهی بود. بنا به گزارش UNICEF/WHO نیز در سال ۲۰۰۶ تماس نوزاد در نیمساعت اول تولد با مادر و آغاز شیردهی یکی از ده قدم در توفیق شیردهی است (۳۶). تماس پوستی خیلی زود مادر و نوزاد یک مداخله موثر در بهبود توانایی قدرت مکیدن، وزن گیری، کنترل دمای بدن در نوزاد و همچنین رضایت مادر به شمار می رود (۳۷).

در این تحقیق همچنین مصرف دارو

- for breastfeeding in Perth, Western Australia International Breastfeeding Journal 4:15 ;2009 .Journal Kenosi M, Hawkes CP, Dempsey EM, Ryan CA. Are fathers underused advocates for breastfeeding? Ir Med 5-313:(10)104; 2011 .J Grizzard TA , Bartick M, Nikolov M, Griffin BA, Lee KG. Policies and Practices Related to Breastfeeding in Massachusetts: Hospital Implementation of the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Maternal ,2006.and Child Health Journal 263-247 :(3)10
- Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. Indian J :doi .6-22:(1)58; 2014 .Public Health .128160.557X-0019/10.4103
- Brown A, Jordan S. Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. J Adv 39-828:(4)69 ;2013 .Nurs Cordero L, Gabbe SG, Landon MB, Nankervis CA. Breast feeding initiation in women with gestational diabetes mellitus. J Neonatal Perinatal .10-303:(4)6 ;2013 .Med breastfeeding in Singapore. European -424:(4)15 ;2005 .J of Public Health 430
- Nagulesapillai T, McDonald SW, Fenton TR, Mercader HF, Tough S. Breastfeeding difficulties and exclusivity among late preterm and term infants: results from the all our babies study.Can J Public Health 6-351 :(4)104 ;2013
- Haschke F, Haiden N, Detzel P, Yarnoff B, Allaire B, Haschke-Becher E. Feeding patterns during the years and health outcome. Ann 2 first .25-16:)3(62 ;2013 .Nutr Metab Niela-Vilén H, Axelin A, Melender HL, Salanterä S. Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and at home: a thematic analysis of peer-support group discussion in social :doi . 2014 .media Matern Child Nutr .12108.mcn/10.1111
- Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic .review. BMC Public Health .20:(3)13;2013
- Handa D, Schanler RJ. Role of the Pediatrician in breastfeeding management. Pediatric Clinics of 10-1:(1)60;2013 .North America Victora CG, ,Albernaz E1 Impact of face-to-face counseling on duration of exclusive breast-feeding: .a review]. Rev Panam Salud Publica .24-17:(1)14;2003
- Khresheh R, Suhaimat A, Jalamdeh F, Barclay L. The effect of a postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: A randomized controlled trial. International ;2011 .Journal of Nursing Studies 1065-1058:(9)48
- Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence months: A 6 breastfeeding duration to literature review. Women and Birth 145-135:(4)23 ;2010
- Sherriff N, Panton C, Hall V. A new model of father support to promote breastfeeding. Community .4-20:(5)87;2014 .Pract Tohotoa J, Maycock B, Hauck YL, Howat P,Burns S, Binns CW. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support .pdf
- ۱۳- حیدری، معصومه و دیگران، بررسی ارتباط شیردهی با فعالیت جنسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، خرداد و تیر ۸۸ : 19 (70): 54-60.
- Al Juaid DA, Binns CW, Giglia RC. Breastfeeding in Saudi Arabia: a .1:(1)9;2014 .review. Int Breastfeed J Liu P, Qiao L, Xu F, Zhang M, Wang Y, Binns CW. Factors associated with breastfeeding month cohort study in-30 duration: a ;2013 .northwest China. J Hum Lact .9-253:(2)29
- Abuidhail J, Al-Modallal H, Yousif R, Almresi N. Prevalence, duration, practices, and barriers. .4-31:(13) ;2013 .Midwifery Forster DA, McLachlan HL, Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian 1:18 ;2006 ,women. Int Breastfeed J Li R, Fein SB, Chen J, Grummer S. Why mothers stop breast feeding: Self reported reason for stopping ;2008 .during first yea. Pediatrics .76-S69:)2(122
- Spear HJ. Nurses' attitudes, knowledge, and beliefs related to the promotion of breastfeeding among women who bear children during adolescence. Journal of Pediatric .183-176 :(3) 19 ;2004 .Nursing Garbarino F, Morniroli D, Ghirardi B, Garavaglia E, Bracco B, Gianni ML, Roggero P, Mosca F. Prevalence and duration of breastfeeding during the first six months of life: factors affecting an .early cessation. Pediatr Med Chir 22-217:(5)35;2013
- Tarrant M, Fong DY, Wu KM, Wu KM, Lee IL, Wong ME, et al. Breast feeding & weaning practices among Hong Kong mothers, a prospective study. BMC pregnancy 12-1.(27)10 ;2010 & Childbirth Amir LH, Cwikel J. Why do women stop breastfeeding? A closer look at «not enough milk» among Israeli women in the Negev Region. .13-7:(3)13 ;2005 .Breastfeed Rev Amir LH. Breastfeeding, managing supply difficulties. ;2006.Australian Family physicians 9-686 :(9) 35
- Ong G, Yap M, Li FL, Choo TB. Impact of working status ion

جدول ۱. مقایسه فاکتورهای دموگرافیک در دو گروه قطع شیردهی زیر ۲۲ ماه و بالای ۲۲ ماه

متغیرها	قطع شیردهی زیر ۲۲ ماه تعداد(%)	قطع شیردهی بالای ۲۲ ماه تعداد(%)	P value
تحصیلات	زیر دیپلم بالای دیپلم	۸۰ (۳۴) ۱۵۳ (۶۶)	۰.۹۸۷
شغل	خانه دار شاغل	۲۲۴ (۹۶) ۹ (۴)	۰.۷۵۸
بیماری زمینه ای	بله خیر	۳۱ (۱۳) ۲۰۲ (۸۷)	۰.۱۴۵
مصرف دارو	بله خیر	۳۳ (۱۴) ۲۰۰ (۸۶)	۰.۱۴۰
سابقه شیردهی	بله خیر	۱۲۴ (۵۳) ۱۰۹ (۴۷)	۰.۵۸۳

جدول ۲. فراوانی علل موثر بر شروع شیردهی ترکیبی (شیرمادر با شیر خشک)

متغیرها	تغذیه با شیر خشک و شیر مادر (تعداد/درصد) تعداد کل=۴۰۰
عدم تمایل شیر خوار به شیر مادر	۳۰۴(۷۶)
عدم تکافوی شیر مادر	۳۲۰(۸۰)
اشتغال مادر	۳۰۰(۷۵)
توصیه پزشک	۳۰۸(۷۷)
گریه و بیقراری کودک	۳۲۰(۸۰)
عدم تمایل مادر	۳۰۸(۷۷)
توصیه خانواده	۳۰۴(۷۶)

جدول ۳. تاثیر انواع آموزش بر ادامه شیردهی

متغیرها	گروه A	گروه B	P value
دریافت آموزش	۱۲۷(۵۶)	۱۳۱(۷۶)	۰.۰۰۰۱
آموزش توسط پزشک در مطب	۲۱(۹/۰)	۲۶(۱۵/۶)	۰.۰۴۵
آموزش قبل از بارداری	۷(۳/۰)	۱۲(۷/۲)	۰.۰۵۰
آموزش حین زایمان	۳۶(۱۵/۵)	۳۹(۲۳/۴)	۰.۰۴۶
آموزش پس از زایمان	۸۷(۴۲)	۹۸(۵۲)	۰.۰۴۷

وب سایتهای مجلات مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت




Shiraz E Medical Journal
SEMJ is a peer reviewed online quarterly journal published by Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
ISSN: 1735-1391



<http://emedicalj.com>



مجله کلید سلامت
Health Policy Research Journal



<http://hkj.sums.ac.ir>



Women's Health Bulletin
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences
pISSN: 2345-5136
eISSN: 2382-9990



<http://womenshealthbulletin.com>



International Journal of School Health
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences
eISSN: 2383-1219
pISSN: 2345-5152



<http://intjsh.com>



Social Pharmacy Journal

<http://socialpharmacyjournal.com>



WOMEN'S HEALTH
Bulletin

WOMEN'S HEALTH Bulletin

Number 1, Volume 1, Issue 1, April 2014



p-ISSN: 2345-5146
e-ISSN: 2382-9048

womenshealthbulletin.com

p-ISSN: 2345-5152

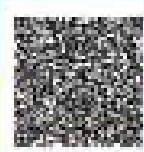


INTERNATIONAL JOURNAL OF
SCHOOL HEALTH

INTERNATIONAL JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

Number 1, Volume 1, Issue 1, June 2014





www.health-policy.org

6th National Conference on
Reducing Burden of
Traffic Accidents
(Challenges and Strategies)
ششمین همایش ملی کاهش بار
آسیب‌های ناشی از تصادفات
ترافیکی (چالش‌ها و راهکارها)

ایمنی در سالمنندان

Elderly Safety

شهر آراستان، ماه ۱۳۹۴
February 2018 - Shiraz, Iran



آشنایی با

مفاهیم فارماکوپیدمیولوژی

مؤلفان:

- دکتر پیام پیمانی
- دکتر سیامک صبور
- دکتر میر علیمحمد سبزیبانی
- دکتر مجتبی مجتهد زاده
- دکتر کامران باقری لنگرانی

گروه نویسندگان:

- دکتر فانک فهیمی
- دکتر مهرداد جمیدی
- دکتر ابراهیم صالحی فر

با همکاری:

- دکتر محمد صالحی مرزبجرائی

بهداشت بهداشت

دانش و تجارب مدیران ارشد و خبرگان در روند

توسعه شبکه های بهداشتی ایران



مؤلفان:

تاجران باقری لنگرانی

رحمت الله جعفری

سید مهرداد علویان

سید علیرضا مولیان

حسام ریضان پور خانی

محمدعلی فیاض بخش

محمدحسین شالیبی

بهنام هروی

سولماز قهرمانی

طراح: ایرج جلالی

بهبود وضعیت شاخص های بهداشتی در کشور، مرهون تلاش های افرادی است که شاید هیچ گاه نامی از آن ها برده نشده باشد، ولی اثر اقدامات ایشان، به میلیون ها نفر از مردم ایران زندگی بخشیده است. هرچند آن چه ما میبینیم، اثرات اقدامات این بزرگان است و لیکن دانش و تجارب آن ها که اندوخته سالیان متمادی خدمت آن ها است، گنجینه ارزشمندی است که تلاش برای حفظ و نشر آن، وظیفه مهمی است که سرمایه ای ارزشمند برای آیندگان ایجاد خواهد نمود. کتاب **به داشت بهداشت** به بخش کوچکی از این فعالیت ها پرداخته است.

متقاضیان جهت خرید کتاب فوق به آدرس: شیراز، میدان امام حسین، دانشکده پزشکی، ساختمان شماره ۲، طبقه ۸،

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت مراجعه نمایند.

شماره تماس: ۰۷۱۳۲۳۰۹۶۱۵